Ein Fall von traumatischer Geistesstörung.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Königl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Hans Gessner

approbiertem Arzt

aus

Schraudenbach.

ACAD. MED. BAT. BIBL.

Verlagsdruckerei Würzburg.

1913.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.
Referent: Herr **Prof. Dr. Rieger.**

In die Unfallkranken-Abteilung der Würzburger psychiatrischen Klinik wurde am 4. April 1910 ein Unfallkranker zur Begutachtung aufgenommen, dessen Krankengeschichte ein allgemeines Interesse beanspruchen dürfte und deshalb nachstehend mitgeteilt werden soll.

Das von Herrn Prof. Reichardt im April 1910 erstattete Gutachten hat diesen Wortlaut:

Unfallsache:

K., Karl, Mälzer aus V., geboren 16. April 1888, gegenwärtig demnach 22 Jahre alt, ledig.

Unfall vom 8. September 1909.

An

die . . . . . Berufsgenossenschaft,

N . . . . . .

„K. war in der Unfallkranken-Abteilung der Klinik vom 4.—17. April 1910.

Er wurde nach dem Unfalle am 8. September 1909 mit den Anzeichen einer schweren Hirnerschütterung in das Krankenhaus Sch. gebracht und lag hier tagelang in bewusstlosem oder benommenem Zustande. Allmählich wurde er im Kopfe klarer und hat am 13. September 1909 zum ersten Male über Kopfschmerzen geklagt (erstes Zeugnis des behandelnden Arztes). In diesen ersten fünf Tagen nach dem Unfalle hatte er auch mehrmals erbrochen. Zeichen äusserer Verletzungen waren keine vorhanden; doch hatte K. unmittelbar nach dem Sturz von der Treppe aus der Nase geblutet (Zeugnis des zuerst zugezogenen Arztes, Herrn Dr. M.). Dass K. in den ersten Minuten nach dem Sturze nicht bewusstlos war, sondern erst nach einer halben Stunde bewusstlos wurde (Aussage des Zeugen H.), dies kommt auch bei schweren Hirnerschütterungen, bezw. Hirnkontusionen vor.

Die akuten Hirnerschütterungssymptome verschwanden nur langsam und allmählich. „Der Verletzte ist aber nicht wieder in den Besitz seiner früheren geistigen Fähigkeiten gekommen. Es hat sich bei ihm ein sonderbares kindisches Wesen herausgebildet . . . .“ Ferner war eine leichte Sprachstörung

bemerkbar (Stottern und langsames Sprechen). Ein Versuch, ihn in der Familie seiner Verwandten unterzubringen, schlug fehl. K. benahm sich zu störend und konnte nicht genügend überwacht werden. (Zweites Zeugnis des behandelnden Arztes vom 5. November 1909.) Am 27. November 1909 wurde für ihn ein gesetzlicher Vertreter bestellt.

Die seitens der Berufsgenossenschaft mit Recht veranlassten Erhebungen über den geistigen Zustand des K. ergaben:

In der Schule hatte K. neben guten Anlagen befriedigende Kenntnisse (Note III). Im Rechnen erhielt er III $^1/_2$, d. h. III auf IV. Bemerkungen, welche auf eine geistige Minderwertigkeit schliessen lassen, finden sich nicht vor.

Hienach war K. mässig, wenn auch keineswegs hervorragend begabt.

Vom Militär wurde er nach dreimonatlicher Dienstzeit wegen Magenleidens entlassen. (Übererregbarkeit der Magennerven; Hypermotilität; Magenerweiterung.)

Er hatte häufig nach dem Essen erbrochen. In den mir seitens seines Pflegers zugestellten Krankengeschichtsabschriften aus dem Garnison-Lazarett zu M. ist von abnormen geistigen Eigenschaften oder Zuständen des K. nichts berichtet. Auch spricht gegen Annahme solcher früherer geistiger Abnormitäten die Tatsache, dass K. im Oktober 1909 wiederum zum Militär eingezogen werden sollte.

Man könnte bei diesem „Magenleiden" an das Vorhandensein eines gewissen hypochondrischen Schwachsinnes denken. Denn durch diesen werden sehr oft „nervöse Magenleiden" vorgetäuscht. Doch fehlen sonst alle Anhaltspunkte dafür, dass K. vor dem Unfalle geistig abnorm gewesen sei.

Während seiner Beschäftigung in der Brauerei von T. in R. und in einer Brauerei in V. hat er den Eindruck eines sehr ordentlichen und anstelligen Burschen gemacht.

Jetzt ist K. geistig so schwer gestört, dass er selbstverständlich zum Militär gar nicht genommen worden wäre, und dass auch die früheren Auskünfte ganz anders über ihn gelautet haben müssten, wenn er damals schon so gewesen wäre, wie er jetzt ist. Es muss also mit ihm gegen früher eine grosse Veränderung vor sich gegangen sein.

Auffallend ist die anscheinende Inkongruenz einerseits zwischen dem einfachen Ausgleiten und Fall die Treppe herunter und andererseits den schweren und wahrscheinlich dauernden Hirnveränderungen, welche K. hat. Man muss hier unter anderem vor allem auch die Frage aufwerfen: Warum hat sich K. beim Sturz nicht angehalten? Warum ist er ohne Schutz und Abwehrbewegungen so auf den Hinterkopf gefallen, dass er einerseits keinerlei äussere Verletzungen, andererseits aber eine schwere Hirnzerstörung davontrug? Ist K. vielleicht angeboren epileptisch und in einem epileptischen Anfalle gestürzt? Es spricht aber nichts für Vorhandensein von Epilepsie, — weder vor dem Unfall noch jetzt nach dem Unfall.

Auch in der Klinik hat K. keine epileptischen Symptome gehabt. Andererseits soll die Treppe, welche K. heruntergefallen ist, nach Schilderung des Pflegers von K., eine sehr unbequeme Stiege gewesen sein, ohne genügend hohes Geländer. Auch hat K. genagelte Schuhe angehabt, mit denen er besonders leicht und entsprechend auch heftig ausgleiten konnte. Man wird in diesen beiden Momenten bis auf weiteres eine befriedigende Erklärung sehen müssen für die soeben angedeutete Inkongruenz.

Der gegenwärtige Zustand.

K. ist 163 cm gross und wiegt ohne wesentliche Kleidung 71 kg. Da zu seiner Körpergrösse ein Durchschnittsgewicht (ohne Kleider) von etwa 60 bis 61 kg gehört, ist K. um wenigstens 10 kg = 16 bis 18% zu schwer. Dementsprechend ist sein Ernährungszustand sehr gut, das Aussehen blühend und der Gesamteindruck derjenige eines körperlich Gesunden.

Nach den oben erwähnten Krankengeschichten aus dem Garnison-Lazarett hat K. während der Militärzeit (1908) auch schon ein Körpergewicht von 67 bis 68 kg gehabt. K. ist demnach offenbar infolge individueller Veranlagung schwerer, als dem Durchschnittsgewicht für seine Körpergrösse entspricht. Das gegenwärtige relativ hohe Körpergewicht braucht also — was an sich ebenfalls möglich wäre — mit der jetzigen Hirnkrankheit nichts zu tun zu haben.

Die Körpertemperatur, sowie die Organe von Brust und Bauch waren vollkommen in Ordnung, der Urin ohne Eiweiss und Zucker, von normalem spezifischem Gewichte (1025—1029).

Pupillenreflexe und Augenhintergrund normal. Es besteht zweifellos Halbseiten-Blindheit (Hemianopsie) für rechts, das heisst: alles was in der Aussenwelt nach rechts von der mittleren Sehachse liegt, kann K. nicht sehen. Diese Halbseiten-Blindheit für rechts weist mit grosser Sicherheit hin auf eine Hirnerkrankung oder -zerstörung im linken Hinterhirn.

Da auf dieses Halbseitensymptom sehr viel ankommt, ist es immer und immer wieder geprüft worden, aber stets mit dem gleichen Erfolge: dass K. in seinen rechten Gesichtshälften nichts sieht. Durch die grosse Lebhaftigkeit des K. (siehe später) wurde die Prüfung auf Halbseiten-Blindheit sehr erschwert; und Fehlerquellen sind dann besonders leicht möglich, indem K. nicht geradeaus schaut (wie es zum Prüfen des Gesichtsfeldes notwendig ist), sondern nach rechts auf das sich bewegende Objekt. Auf solche Fehlerquellen muss also bei späteren Untersuchungen besonders geachtet werden.

Ferner hat er eine Asymmetrie der Gesichtsmuskulatur derart, dass (vor allem beim Sprechen) die linken Gesichtsmuskeln überwiegen, d. h. die rechten etwas gelähmt erscheinen. Vielleicht handelt es sich hier um eine angeborene Asymmetrie. Wahrscheinlicher ist aber, dass die leichte rechts-

seitige Fazialisparese eine gewordene ist und dann auf einen Hirnherd, ebenfalls links, hinweist.

Drittens ist der rechte Arm bedeutend schwächer als der linke. Da K. stets das Bestreben hat, als gesund zu erscheinen (siehe später), ist diesem Symptom Beweiskraft zuzusprechen, und zwar ebenfalls im Sinne einer linksseitigen Hirnzerstörung.

Viertens endlich wurde der rechte Bauchdecken-Reflex häufig schwächer gefunden als der linke, wie dies ebenfalls vorkommen kann bei bestimmten Erkrankungen der linken Grosshirn-Hälfte. Andere Reflexunterschiede fehlten aber, z. B. an den Patellarreflexen und den Kremasterreflexen. In seinem allgemeinen motorischen Verhalten war bei K. von Lähmungen, Muskelspannungen und dergl. nichts zu finden. K. erwies sich als ungemein lebhaft und motorisch geschickt.

In der Sprache zeigte er auch Defekte. Zwar schien er geläufig zu sprechen. Aber die Wortfindung machte ihm nicht selten Schwierigkeiten. Er kann viele geläufige Reihen (Vater Unser, Zahlenreihe) nicht ordentlich mehr hersagen. Er verwechselte manchmal Farben (besonders grün und blau). Bemerkenswert ist ferner seine ausserordentliche Hastigkeit im Sprechen.

Über den Ohren-Befund hat sich Herr Dr. H., Spezialarzt für Ohrenkrankheiten, folgendermassen ausgesprochen: „K. gibt an, gut zu hören, überhaupt gesund zu sein. Des Datums seines Unfalles erinnert er sich nicht genau; er meint: dieser sei ihm vor ungefähr 8 Monaten zugestossen. Er schimpft fortwährend auf den „Unfall", von dem er nichts haben wolle und bittet, ihm ein Gesundheitszeugnis auszustellen, damit er vor dem „Unfall" Ruhe bekomme. Er zappelt ständig mit den Händen, so dass die Untersuchung sehr erschwert ist. Es gelingt aber zeitweise, ihn zur Aufmerksamkeit zu bringen; und dann sind seine Angaben sicher und zuverlässig. Ohren und Nase sind objektiv vollkommen normal; es findet sich keine Spur der Verletzung mehr. K. hört Flüstersprache auf mehr als 8 m beiderseits (Grösse des Zimmers). Alle Tonarten (A_2, e, c_2, C_4, C_5, Galtonpfeife) wurden durch Luftleitung normal gehört. Dagegen ist die Knochenleitung vom ganzen Schädel aus, auch von den Warzenfortsätzen, für a gleich Null. Keine Gleichgewichtsstörungen, normaler Drehschwindel. Mittelohr und Labyrinth sind demnach wohl als normal zu betrachten. Die vollkommene Aufhebung der Knochenleitung bei normalem Ohr beweist das Vorhandensein von Veränderungen wahrscheinlich der Hirnhäute, welche wohl bestimmt durch den Unfall verursacht sind."

Die Orientiertheit bezüglich der eigenen Person war nicht stärker gestört; auch konnten bei dem Sichzurechtfinden in der Klinik keine stärkeren Störungen beobachtet werden. Ich bin allerdings überzeugt, dass K. sich z. B. in einer Stadt mit seiner gegenwärtigen Hirnverfassung räumlich nicht zurechtfinden würde. Aus dem Gedächtnis hat er z. B. über Sch. (welches

ihm auf das genaueste bekannt sein müsste) die allerunsinnigsten örtlichen Angaben gemacht. Er kann auch aus Sch. nichts beschreiben und macht unrichtige geographische Angaben (es liege am Rhein und an der Donau) usw.

Schwer gestört war ferner seine zeitliche Orientierung. Als Monat nannte er Dezember, auch andere Monate, — als Jahreszeit Winter. Wiederholt nannte er auch den Wochentag nicht richtig.

Auch sein Zahlensinn erschien gestört. Er weigerte sich, kleine Rechenaufgaben zu lösen und wurde stets sehr unwirsch, wenn man dieses von ihm verlangte. Er machte den Eindruck, als ob er nicht mehr ordentlich rechnen könne.

Das rein sprachliche Gedächtnis schien wenig alteriert, z. B. hatte er sich das Fremdwort: „Laparatomie" gemerkt, welches er während des Krankenhaus-Aufenthaltes in Sch. gehört hatte. Auch die einmal gesehenen Personen identifizierte er stets augenblicklich richtig. In anderen Dingen aber versagte auch dieses Gedächtnis vollkommen.

Am stärksten waren seine Störungen im Erkennen von Gegenständen. Während er die einzelnen Farben (Wollbündel) immerhin noch vielfach richtig und prompt benannte, traten schon bei einfachen farbigen und farblosen Bildern Störungen des Erkennens hervor. Eine Kindertrommel, Katze, Erdbeere, Birne in farbigen Bildern wurden nicht erkannt.

Das jedem Katholiken selbstverständlich geläufige Bild des jetzigen oder früheren Papstes sah er verständnislos an, — ebenso dasjenige des deutschen Kaisers. Die heilige Familie, die Madonna erkannte er nicht. Von einer lebenden Katze sagte er: „Sie sei ein Kaninchen." Und erst als sie miaute, sagte er augenblicklich: „Es ist eine Katze." Blaue Veilchen, welche er stundenlang in Händen hatte, hielt er für grüne Blumen usf.

Noch grösser waren diese Störungen des Erkennens bei sehr grossen bunten und äusserst charakteristischen zusammengesetzten Bildern eindeutigen Inhalts, z. B. Ernte, Stube, Kirche, Flusslandschaft. Das blaue Wasser nannte er eine Strasse, die Schnitterinnen Kinder, welche spielen usw.

Dieses ganze Verhalten des K. ist in seiner Gesamtheit nicht simulierbar, sondern wird bei schweren Hinterhirnerkrankungen beobachtet.

Ich habe dem K. drei gleichgrosse Stückchen Holz zu einem gleichseitigen Dreieck zusammengelegt, mit der Aufforderung, ein gleiches zweites Dreieck aus anderen Hölzern zu bilden. Er war dazu nicht im Stande. Er konnte meist die Zeit auf der Uhr nicht erkennen. Auch verwechselte er gewöhnlich rechts und links.

Er liest richtig, aber sehr ungern und vermeidet es möglichst zu lesen, knüpft vielmehr an ein gelesenes Wort sofort lange Erörterungen an.

Zum Schreiben war er nicht zu bewegen. Nur seinen Namen schrieb er in auffallend hastiger, ungestümer und zügelloser, ausfahrender Weise. Es muss angenommen werden, dass K. die Fähigkeiten des Schreibens

vollkommen verloren hat, ohne sich dessen bewusst zu sein. Auch dies ist charakteristisch für eine bestimmte Hinterhirnerkrankung. K., welcher ausser seinem Namen durchaus nichts schreiben konnte, behauptete dabei stets „Ich kann alles schreiben. Ich bin so gesund wie früher."

Dass er nicht blind im gewöhnlichen Sinne war, bewies er z. B. dadurch, dass er das feinste Fäserchen, Kleider und Schuhe, Mienen und Physiognomien beobachtete und richtig deutete. Einen direkt monomanischen Trieb hatte er für die Schuhbekleidung seiner Umgebung.

Er war nicht nur stets auffallend redselig, sondern auch motorisch sehr unruhig und lebhaft, bewegte stets die Hände, fasste alles an, lief und rannte umher und konnte nicht längere Zeit ruhig bleiben. Er sagte: „Wenn ich stille sitzen muss, bekomme ich heftige Kopfschmerzen." Er muss auch immer etwas in den Händen zum Drehen haben. Er sagt hierzu: „Wenn ich keinen Stock habe, kriege ich arg Kopfweh" . . . usw.

Im Garten konnte er zu keiner einfachen Arbeit verwendet werden.

Seinen ganzen psychischen Störungen gegenüber verhielt er sich vollkommen einsichts- und verständnislos. Er hält sich für dauernd gesund, will keine Rente, ist unwillig über den Kliniksaufenthalt, will arbeiten, wird böse, wenn man ihn für krank hält usw.

Er sagte z. B.: „Was brauchen die denn immer alles aufzuschreiben? Ich bin gesund und will kein Geld. Die sollen mir meine Ruhe lassen. Das sind Spitzbuben. Die wollen mich nur immer einsperren. Ich brauche ihr Geld nicht" usw.

Er hat auch manchmal direkte Grössenideen. Er sagte: „Ich habe viel Geld. Ich habe mehr Geld als die Berufsgenossenschaft. Ich fange mit meinem Gelde eine eigene Mälzerei an."

Das Gutachten.

K. ist infolge seines Unfalls schwer hirnkrank geworden. Er hat eine traumatische Hirnzerstörung im linken Hinter-(Okzipital-)Hirn. Infolge derselben ist eine Reihe neurologischer und psychischer Erscheinungen aufgetreten, welche den K. bis auf weiteres vollkommen erwerbsunfähig und der Aufsicht bedürftig erscheinen lassen. K. ist auch zu den einfachsten Arbeiten gegenwärtig nicht zu brauchen.

Ich schlage Nachuntersuchung in einem Jahr vor. Eine Besserung ist möglich, wenn auch ausdrücklich hervorzuheben ist, dass nicht der Nachweis irgendwelcher Besserung an sich ohne weiteres bei dem schwer hirnkranken K. hinreicht, um die Rente herabzusetzen." (Schluss des Gutachtens des Herrn Prof. Reichardt vom April 1910).

Weiterhin entnehme ich der sehr ausführlichen

Krankengeschichte

noch folgende Einzelheiten und Daten:

Anamnese.

Der einzige Augenzeuge, welcher bei dem Unfalle zugegen war, Adam H., 39 Jahre alt, hat am 3. Dezember 1909, also drei Monate nachher, zu Protokoll gegeben: „K. und ich hatten am Unfalltage, Mittwoch, 8. September 1909, nachmittags nach 1 Uhr, von unserem Arbeitgeber Sch. den Auftrag, eine Fuhre Malz, für eine hiesige Brauerei bestimmt, abzuwiegen. Wir trugen beide die dazu bestimmte Dezimalwage über eine Stiege auf den Malzboden; bei den Vorbereitungsarbeiten zum Abwiegen bemerkten wir, dass uns noch ein 2 ℔-Gewichtstein fehlte. K. erklärte hierauf ungefähr wörtlich: „Warte einen Augenblick, ich will aus dem Sudhause (eine Treppe tiefer) den fehlenden Gewichtstein holen" und ging dann auch sofort über fragliche Stiege, über welche wir eben erst die Wage heraufgetragen hatten, wieder hinunter, um das Gewicht zu holen. Ich schüttete derzeit die Säcke mit Malz aus auf den Boden neben die Wage.

Einige Augenblicke später, nachdem K. weggegangen war, hörte ich ein gedämpftes Jammern, bezw. Stöhnen (alle Maschinen in der Mälzerei standen zur betr. Zeit stille). Ich ging diesem Stöhnen nach, und als ich an die Stiege kam, sah ich den K. unten auf dem Boden vor der Stiege liegen; der Kopf desselben lag auf der untersten Treppenstufe. K. hatte mich scheinbar kommen hören, denn er sagte in demselben Augenblicke mit matter Stimme: „H. ich bin gefallen." Ich sprang rasch die Stiege hinunter und wollte den K. mehrmals aufheben, wobei er aber immer sagte: „Lass mich liegen." Ich fragte ihn öfter, wo es ihm wehe täte, er zeigte immer mit der Hand auf den Hinterkopf; eine Wunde war am Kopfe nicht zu entdecken, lediglich am Hinterkopfe eine leichte Röte; bei jedesmaligem Versuche, den Verletzten aufzuheben, fiel dessen Kopf immer nach rückwärts. Ich blieb ca. 10 Minuten bei dem Verletzten; nachdem ich ihm aber nicht helfen konnte, holte ich unsern Arbeitgeber Sch. herbei; wir richteten ihm eine Lagerstätte zurecht. Herr Sch. rief sofort den praktischen Arzt Dr. M. telephonisch um seine Hilfe an, während ich dem Verletzten mit einem Handtuche kalte Überschläge um den Kopf machte. Als Dr. M. nach ungefähr einer halben Stunde eingetroffen war, hatte der Verletzte bereits das Bewusstsein verloren und gab auf keine Frage mehr Antwort. Dr. M. telephonierte sofort an die Sanitätskolonne, welche nach einer weiteren halben Stunde den Verletzten mittels Wagen ins städtische Krankenhaus verbrachte. Bis zum Eintreffen der Sanitäter habe ich dem K. weiterhin kalte Umschläge auf Anordnung des Dr. M. gemacht."

Auch in der Unfallanzeige, die sofort erstattet wurde, steht schon: „Er hatte genagelte Schuhe an, ist wahrscheinlich mit beiden Füssen ausgerutscht und auf den Hinterkopf gefallen beim Heruntergehen. Er konnte anfangs noch um Hilfe rufen und deutete auf den Hinterkopf."

Dr. G. in Sch. hat am 13. September 1909, also 5 Tage nach dem Unfall, folgendes geschrieben:

„Karl K. wurde am 8. September 1909 in das hiesige städtische Krankenhaus aufgenommen mit der Angabe, dass er einen Sturz erlitten. Der kräftig gebaute, gesund aussehende Mensch lag bei der ersten Untersuchung ruhig mit geschlossenen Augen zu Bett. Auf Anrufen reagierte er zwar, aber er gab keinerlei Antwort. Er bot äusserlich keinerlei Anzeichen einer Verletzung, er hatte keine Wunde, keine Beule, keine Blutunterlaufung, keine Blutung aus Nase oder Ohr. Die Pupillen waren gleich und mittelweit, keine Fazialisparese oder anderweitige Lähmung. Puls 96, regelmässig, kräftig. Der weitere Verlauf war derart, dass K. allmählich klarer im Kopf wurde und heute ist er so, dass er zum erstenmal über Kopfschmerzen klagt; er hat mehrmals und auch heute noch, erbrochen. Sonstige Anzeichen einer Gehirnverletzung sind nicht aufgetreten. Der Puls ist noch etwas beschleunigt. K. hat demnach eine Gehirnerschütterung erlitten. Ein Schädelbruch ist nicht anzunehmen, wenn er auch nach meiner Ansicht nicht mit aller Bestimmtheit ausgeschlossen werden kann. Es ist mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Verletzung weitere Folgen nicht nach sich ziehen wird und dass K. wieder gesund und voll arbeitsfähig werden wird. Eine Reihe von Wochen dürfte dazu allerdings notwendig sein. Immerhin muss auch mit der Möglichkeit späterer Störung irgendwelcher Art gerechnet werden. Der beste Schutz wäre eine möglichst strenge Überwachung im Krankenhause, da sonst keinerlei Garantie gegen schädliche Exzesse (Alkoholmissbrauch etc.) besteht."

Am 5. November 1909, also 2 Monate nach dem Unfall, schrieb Dr. G. folgendes: „Bei dem Mälzer Karl K. haben sich allmählich, aber sehr langsam, die erst beobachteten Gehirnerscheinungen (Benommenheit, Erbrechen) verloren, der Verletzte ist aber nicht wieder in Besitz seiner früheren geistigen Fähigkeiten gekommen. Es hat sich bei ihm ein sonderbares kindisches Wesen herausgebildet, das erst den Eindruck der Simulation machte, von dem ich aber jetzt nach längerer Beobachtung doch annehme, dass es auf wirklicher Schädigung des Gehirns beruht. In den letzten Tagen hat sich auch noch eine leichte Sprachstörung hinzugesellt. Patient spricht langsamer und stottert ein wenig. K. wurde vor etwa 4 Wochen auf Wunsch seiner hier wohnenden Schwester entlassen, musste aber bald wieder in das Krankenhaus aufgenommen werden, da er infolge seines läppischen, kindischen Wesens überall störte und nicht genügend überwacht werden konnte. Er befindet sich jetzt noch im Krankenhause. Es dürfte auch geraten, ja notwendig sein, ihn vorerst dort zu belassen. Über die Zeitdauer der Unfallsfolgen lässt sich mit einiger Wahr-

scheinlichkeit nur das sagen, dass K. länger, wahrscheinlich lange Zeit arbeitsunfähig sein wird. Eine Wiederherstellung dürfte wohl nicht mit Sicherheit auszuschliessen sein, doch ist wohl auch sehr leicht ein Übergang in dauerndes Siechtum möglich."

Am 15. Dezember 1909, also über drei Monate nach dem Unfall, hat Dr. G. geschrieben:

„In dem Befinden des Karl K. ist seit meinem letzten Bericht eine wesentliche Änderung nicht eingetreten; von einer leichten Besserung kann man vielleicht insofern sprechen, als die Sprachstörungen sich wieder verlieren. Körperlich geht es dem Patienten sehr gut, er sieht gut aus und hat an Körpergewicht zugenommen, sein geistiges Verhalten ist höchst eigentümlich, ich kann es auch jetzt kurz nur als läppisch und halb kindisch bezeichnen. Es kann keine Rede davon sein, dass K. arbeitsfähig ist. Ich glaube auch kaum, dass er es im Laufe der nächsten Monate werden wird. Im grossen und ganzen möchte ich aber doch die Aussichten für eine Wiederherstellung als etwas besser bezeichnen, als in meinem letzten Gutachten, ohne gerade andere Gründe, als den allgemeinen Eindruck, den der Kranke macht, anführen zu können. K. befindet sich noch im Krankenhause. Ich beschäftige ihn dort mit allerlei Arbeiten leichter Art und beobachte davon einen guten Erfolg."

Am 25. Dezember 1909, also drei und einen halben Monat nach dem Unfall, hat Dr. M. in Sch. nachstehendes geschrieben:

„Ich sah den Mälzer Karl K. etwa $^{3}/_{4}$ Stunden nach dem Unfall. Er lag bewusstlos auf dem Rücken, der Kopf war durch untergelegte Säcke etwas erhöht; ein Mitarbeiter machte ihm kalte Umschläge auf den Kopf.

Pat. war, wie bemerkt, vollkommen bewusstlos und reagierte auf keinerlei Reize. Er lag ruhig auf dem Boden, konvulsivische Zuckungen waren nicht vorhanden. Die Augenlider waren geschlossen, die Pupillen mässig weit, langsam reagierend. Die Atmung war tief, nicht beschleunigt. Aus der Nase floss eine mässige Menge Blut. Der Puls war regelmässig, doch schwach, etwas verlangsamt.

Sowohl die Anamnese, wie der Befund lässt darauf schliessen, dass es sich hier um einen plötzlich eingetretenen Unfall handelte und zwar um eine Basisfraktur, wie ich beim Transport des Patienten dem Krankenhausarzt gleich berichten liess.

Da ich tags vorher ebenfalls einen Pat. mit Basisfraktur ins Krankenhaus verbringen liess, besuchte ich etwa 8 Tage nachher beide Patienten. Auf Befragen, ob sich K. auf mich und auf den ganzen Vorgang erinnern könne, verneinte er dasselbe selbstverständlich, er sagte, es ginge ihm ganz gut, nur läge es ihm noch vor den Augen wie ein Schleier."

Als Karl K. vor Neujahr 1910 vorübergehend bei seinen Eltern in V. war, liess er das Vieh seines Vaters aus dem Stall und sagte: „Das Vieh

muss seine Freiheit haben", so wie er jetzt in der Klinik immer die Katzen und Igel befreien wollte.

Hiezu sagt Karl K.: „Was brauchen die denn immer alles aufzuschreiben? Ich bin gesund und will kein Geld. Da sollen sie mir auch meine Ruhe lassen. Das sind Spitzbuben. Die wollen mich nur immer einsperren. Ich brauche ihr Geld nicht. Ich habe mehr Geld als die. — Es muss aber ein wenig schneller gehen. Ich habe auch keine Zeit, dass ich da herein stehe. Wenn sie nicht solange schreiben täten, so könnten wir wieder hinaus, dass wir noch fortkommen." Dazu dreht er mit grosser Geschwindigkeit seine „Windmühle". Als solche bezeichnet er ein Hölzchen, mit welchem er ständig spielt und welches er keinen Augenblick stille hält.

Seine früheren Dienstherrn haben bezeugt, dass K. früher durchaus normal und tüchtig gewesen sei. Sie waren ausdrücklich gefragt worden, ob sie in geistiger Hinsicht etwas Abnormes an ihm bemerkt haben? Und sie haben dies ausdrücklich verneint.

Das letzte ärztliche Zeugnis in dem Akt ist von Dr. G. in Sch. am 9. März 1910, also 6 Monate nach dem Unfall, ausgestellt worden.

Es lautet so: „Karl K. befindet sich noch im städtischen Krankenhause, nachdem zwei Versuche, ihn bei seinen Eltern und bei seiner hier verheirateten Schwester unterzubringen, fehlgeschlagen sind. Auch jetzt ist sein körperliches Befinden tadellos. Geistig ist er aber nicht gesund. Eine sehr grosse Besserung ist seit Abgabe meines letzten Gutachtens nicht eingetreten, etwas besser ist er aber doch. Er spricht nicht mehr soviel törichtes Zeug, ist auch nicht mehr so kindisch. Er selbst hat den Wunsch ausgesprochen, in seine Heimat gehen zu dürfen und es soll auch noch einmal der Versuch gemacht werden und zwar soll K. in den nächsten Tagen entlassen werden.

Arbeitsfähig ist K. nicht und er dürfte es auch in absehbarer Zeit nicht werden. Es besteht doch Aussicht, dass K., wenn auch sehr langsam, seine Arbeitsfähigkeit, wenn auch vielleicht nur zum Teile, wieder erreicht."

Auszug aus den Akten des Bezirkskommandos B.: „K. gibt an, als Bierbrauer vom 14.—16. Lebensjahr täglich 10 Liter Bier getrunken zu haben. Vater angeblich magenleidend, Mutter und 9 Geschwister angeblich gesund, ein Bruder mit 19 Jahren an einer ihm unbekannten Krankheit gestorben. Er selbst sei schon seit seiner Schulzeit magenleidend, häufig morgens nach dem Genusse von Kaffee Erbrechen, deshalb häufig in ärztlicher Behandlung, häufig Diarrhoe.

Die ärztliche Untersuchung ergab: Bronchial- und Magenkatarrh, am Herzen nichts regelwidriges; Töne rein, Puls kräftig und regelmässig, Urin eiweissfrei. Gesicht frischrot, aber etwas gedunsen. Diagnose: Übererregbarkeit der Magennerven, Magenerweiterung."

K. hat beim Militär regelmässig Speisen und Getränke wieder erbrochen.

Die Schulzeugnisse sind gerade nicht gut. Aber völlige Idiotie wird man daraus doch nicht schliessen können.

Schulzeugnis der Werktagsschule: „K. hat die Schule mit befriedigendem Fleisse besucht und ein lobenswertes Betragen gepflogen. Bei guten Anlagen hat er folgende Noten sich erworben:

Religion II 1/2
Lesen II 1/2
Sprachlehre III
Rechtschreiben III
Aufsatz III
Schönschreiben III
Rechnen III 1/2
Geographie II 1/2
Geschichte II 1/2
Naturkunde III
Singen II
Hauptnote: III."

Entlassungszeugnis der Sonntagsschule: „Er besuchte die Sonntagsschule drei Jahre lang mit grossem Fleisse und pflog ein sehr lobenswertes Betragen. Bei guten Anlagen hat er sich folgende Noten erworben:

Religion III
Lesen III
Rechtschreiben III
Aufsatz III
Schönschreiben III
Rechnen III
Realien III
Fortgangsnote III."

Immerhin sind die Schulzeugnisse so gering, dass man sich nicht wundern darf, wenn er im Juli 1911, als er wieder schreiben konnte (siehe später), so schlecht geschrieben hat.

Dass er gar nicht schreiben konnte, war Unfallsfolge. Dass er von Juli 1911 ab so schlecht schrieb, dies ist wahrscheinlich mässige Idiotie.

Spuren, dass er epileptisch wäre, kann man nirgends entdecken; auch nicht in den Militärpapieren.

Merkwürdig bleibt immer dieses:

Einerseits:

An der Haut des Hinterkopfes hatte er nicht die mindeste Verletzung.

Andererseits:

Der Hinterkopf ist so stark aufgeschlagen, dass das Hirn gequetscht und zertrümmert wurde.

Klinischer Befund.

Bezüglich Körpergrösse, Körpergewicht usw. vergl. oben Seite 5.

Die Untersuchung des Gesichtsfeldes war nicht mit dem Perimeter möglich. Hierzu war K. viel zu aufgeregt und zappelig. Es wurde der Versuch gemacht, ihn seitens des Augenarztes mit dem Perimeter untersuchen zu lassen. Aber dieser Versuch ist nicht geglückt. Die Perimetrierung hatte anscheinend nur eine geringfügige Gesichtsfeld-Einschränkung ergeben. Hiermit stand aber das ganze Gebahren des K. so sehr im Widerspruch, dass das andere Gesichtsfeld-Resultat bei der Perimetrie nur als Folge aufzufassen war der enormen Ungeduld des K., der die Augen niemals still hielt, sondern in seiner Ungeduld immer: „Jetzt" rief. Wenn man aber mit grosser Geduld seine schwer zu fesselnde Aufmerksamkeit doch genügend fesselte, dann war es zweifellos, dass K. hemianopisch ist. K. ist Hunderte von Malen auf Hemianopsie geprüft worden. In seiner grässlichen Hastigkeit schrie er immer von links sofort: „Jetzt! Jetzt!" Und solange die Hand links still stand, schrie er fortwährend in seiner grässlichen Ungeduld:

„Herr Professor! So fangen sie doch endlich an! Ich habe nicht so viele Zeit, dass ich so lange warten kann." —

Dies ist der beste Beweis dafür, dass er von links her Ruhe und Bewegung unterscheiden kann.

Wenn man aber von rechts kommt, ist es ganz anders. Dann sagt er nicht: „Fangen Sie doch endlich einmal an." Sondern dann sagt er: „Gehen Sie näher herbei. So kann ich doch nichts sehen."

Und so war es Hunderte von Malen. Und damit ist zweifellos bewiesen, dass er hemianopisch für rechts ist.[1])

Dies stimmt auch zu den anderen Symptomen, die beweisen, dass er eine Herderkrankung in der linken Hemisphäre hat. Also:

1. Hemianopsie für rechts.

2. Eine deutliche Asymmetrie der Gesichtsmuskeln in dem Sinne, dass die linken bedeutend überwiegen. In der Ruhe ist der Unterschied manchmal wenig merklich. Sobald er aber lebhaft spricht, ist der Unterschied sogar sehr stark. In den Muskeln links, die überwiegen, treten dann häufig auch Zuckungen ein. Es liegt zur Zeit kein positiver Grund vor für die Annahme: Dies könnte eine angeborene Asymmetrie sein. Im November 1910 ist der Unterschied im Gesicht zwischen links und rechts so deutlich, dass kein Zweifel mehr sein kann.

---

[1]) So wurde geschrieben im April 1910. Siehe hierzu unten das zweite Gutachten von Herrn Prof. Reichardt. Man erkennt hieraus gleichzeitig auch die ausserordentlich grossen Schwierigkeiten, die sich manchmal der Untersuchung solcher Hirnkranker entgegenstellen.

Er hat eine Paresé des rechten Mund-Fazialis. Am oberen Fazialis ist dagegen kein Unterschied zwischen links und rechts. Dies stimmt also sehr gut zu der Annahme eines Herdes in der linken Hemisphäre.

3. Auch der rechte Arm ist bedeutend schwächer als der linke. Er kann mit dem linken Arm viel grössere Lasten heben als mit dem rechten. Eine Ursache dafür, die in dem Arm selbst gelegen wäre (Fraktur oder dergl.), kann nicht gefunden werden. Dafür, dass dieser Zustand eine angeborene Linkshändigkeit wäre, fehlt jeder Anhaltspunkt.

Der gleiche Unterschied zwischen rechts und links besteht in dem Druck der Hand.

Wie er überhaupt an allen Apparaten und Instrumenten eine grosse Freude hat, an allem immer herummacht und herumdreht (s. unten), so hat er auch das Dynamometer für den Druck der Hand immer mit grossem Eifer gedrückt. Und dann war es jedesmal so, dass er mit der linken Hand gewaltig drückte: bis zu 80 kg — mit der rechten aber immer bloss die Hälfte: ca. 40 kg. Er hat auch immer bestimmt angegeben:

Mit der rechten Hand könne er nicht so gut drücken wie mit der linken. Weil er dann aber immer wieder behauptete: er könne alles noch gerade so gut wie vor seinem Sturz, so konnte man auch darüber Genaueres leider nicht von ihm selbst herausbringen. Und die Hauptsache blieb doch die Vergleichung der objektiven Leistungen. In Bezug auf diese besteht aber auch — allerdings nicht regelmässig zu beobachten — [1]) ein starker Unterschied in den Beinen. Schon bei Beobachtung des Ganges ist manchmal deutlich, dass er das rechte Bein etwas ungeschickter gebraucht als das linke. Ganz deutlich aber war der Unterschied einigemale, als man ihn abwechselnd auf dem rechten und linken Bein hüpfen lässt. Dann zeigte es sich sehr deutlich: Auf dem linken Bein hüpfte er mit Leichtigkeit; auf dem rechten Bein konnte er gar nicht hüpfen.

4. Der Unterschied zwischen links und rechts zeigte sich auch in den Bauchhautreflexen. Wenn man sehr häufig abwechselnd links und rechts diese Reflexe prüft, so zeigt es sich, dass der linke immer viel lebhafter ist als der rechte. Der rechte fehlt häufig ganz.

Eine Prüfung der Hautempfindlichkeit ist vorläufig nicht möglich. Dazu ist er zu unruhig. Dies muss später gemacht werden. Aber auch schon die vorstehenden Symptome gestatten die bestimmte Diagnose: Im linken Occipital-Lappen ist eine Stelle zertrümmert worden.

Die Ohren sind von Dr. H. genau untersucht worden. Dr. H. hat durchaus nichts Abnormes entdecken können, auch nichts, was eine Affektion des Labyrinths wahrscheinlich machen könnte. Für eine Fraktur der Schädel-

[1]) Weshalb in dem Gutachten nicht erwähnt.

basis fehlen überhaupt alle Symptome. In dieser Hinsicht ist aber dieses bemerkenswert:

Dr. G. in Sch. hat 5 Tage nach dem Unfall geschrieben: „Keine Blutung aus Nase oder Ohren."

Dagegen Dr. M. in Sch.: „Aus der Nase floss eine mässige Menge Blut"

Dr. M. hat den Karl K. beobachtet, als er noch auf der Treppe lag.

Dr. G. hat ihn erst beobachtet, als er im Krankenhaus zu Bette lag. Es wäre also immerhin möglich, dass er auf der Treppe auch aus der Nase geblutet hätte. Weil er sicher nicht auf die Nase gefallen ist, sondern auf den Hinterkopf, so könnte aus dem Nasenbluten, aber auch nur aus diesem, mit einer gewissen Berechtigung vermutungsweise auf eine Fraktur der Schädelbasis geschlossen werden. Weil sowohl Dr. M., als Dr. G., als der Zeuge H. am Hinterkopf durchaus keine Verletzung finden konnten, so wäre es immerhin möglich, dass die Wucht des Sturzes vor allem gewirkt hätte im Sinne einer Basisfraktur. Karl K. ist offenbar mit dem Hinterkopf aufgeschlagen; aber dabei kann die hauptsächliche Verletzung doch eine anders lokalisierte gewesen sein.

Ein weiteres, wahrscheinlich sehr wesentliches Symptom bei K. ist seine hochgradige Unruhe. Dieses Symptom teilt er mit einem anderen Patienten der Klinik, Adam V., welcher ebenfalls eine Okzipitalhirn-Erkrankung hat.[1]) Karl K. hat zwar z. B. nicht das grässliche Symptom von Adam V., dass er beständig auf das Klosett muss. Aber Diabetes insipidus hat K. auch einigermassen: er will immer Wasser trinken und dementsprechend muss er auch viel urinieren. Dieser „Diabetes insipidus" des K. ist, nach dessen ganzem Gebahren, als primäre Polydipsie aufzufassen (Folge psychischer Unruhe und Vielgeschäftigkeit). Der Urin selbst war immer normal.

Das merkwürdigste Symptom ist die „Zügellosigkeit" seines optischen Apparates:

Er muss alles ansehen und anpacken und er hat besonders einen quasi monomanischen Trieb auf Schuhe. Er sagt immer:

„Sie haben schöne Schuhe"

oder

„Sie haben wüste Schuhe. — Ich geh' nicht mit Ihnen auf die Strasse. Sie haben so wüste Schuhe an." —

Auch sonst beobachtet er immer die Kleider, die Uhren, die Uhrketten an allen Menschen u. s. f.

Er hat aber nicht das Symptom, das Adam V. (s. oben) in so hohem Grade hatte, nämlich dieses: Adam V. hat sich niemals in den Räumen der Klinik zurechtgefunden. — In dieser Beziehung ist Karl K. viel weniger abnorm. Er galoppiert gewandt durch Haus und Garten.

[1]) Siehe M. Reichardt, Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. (Jena, Fischer.) Heft 7 S. 58 und Fig. 41—44.

Dass er immer galoppieren müsse, das ist auch schon in den Unfallakten immer wieder hervorgehoben. Er kann nicht ruhig gehen, ebensowenig als er ruhig sprechen kann. —

Es liegt nicht der mindeste Grund vor für die Annahme: dies sei sein angeborenes Temperament.

Adam V. hatte den Herd rechts, Karl K. hat ihn links, aber man kann sich mit Karl K. durchaus nicht verständigen über optische Erinnerungen an Nicht-Gegenwärtiges.

Zum Beispiel: Seine Schwester, bei der er in Sch. gewohnt hat, ist verheiratet an einen Stationsdiener daselbst. Dieser wohnt in der Nähe des dortigen Hauptbahnhofs und hat auf diesem Bahnhof ausschliesslich seine Funktion. Es ist nun ganz unmöglich, dass man sich mit K. darüber verständigen könnte, dass sein Schwager auf dem Hauptbahnhof und nicht auf dem Stadtbahnhof in Sch. angestellt ist. Er sagt: „der ist auf allen zwei Bahnhöfen“ — und ähnliches völlig Sinnloses. Es ist ganz unmöglich, sich mit ihm darüber zu verständigen, dass die beiden Bahnhöfe weit auseinander sind. Auch fehlt ihm jede Vorstellung von der Topographie der Stadt Sch. und der Strasse, in der er dort verunglückt ist, und ebenso seines Heimatdorfes V. bei B. Im November 1910 war er schon zum drittenmal in die Klinik gekommen; am 2. September 1910 und am 28. Oktober 1910 war er dann zum ersten Male ohne Begleitung von Sch. gekommen; und er hatte sich vom Bahnhof in die Klinik durchgefragt. Jetzt, im November 1910, will er wieder nach Sch. zurückreisen und allein auf den Bahnhof gehen. Denn er sagt: „Herr Professor! Sie dürfen mir niemand zur Begleitung mitgeben. Sonst glauben die Leute, ich sei nicht normal.“ Dies ist seine beständige Rede.

Nun frage ich ihn: K.! Wo geht es zum Bahnhof? (Der Bahnhof liegt vor der Klinik.) Er gibt im Zimmer ohne zum Fenster hinauszusehen die Richtung des Weges richtig an. Er sagt auch richtig: „Dann muss man durch ein Loch hindurch gehen.“ Aber nun kommt etwas ganz Merkwürdiges.

Frage: K.! Unter was muss man durchgehen?

Antwort: „Herr Professor! Da geht es in ein Loch in der Erde“, und es ist völlig unmöglich, dass ich ihm klar mache, es geht durch ein Tunnel unter der Eisenbahn durch.

K. kann nicht mehr schreiben. Wenn man ihn auffordert, er solle in Ruhe etwas schreiben, so wirft er immer in grösster Hast dreimal in schwer leserlicher, grosser Schrift seinen einsilbigen (4 Buchstaben) Familiennamen auf das Papier.

Einmal hat er auch zwei Seiten vollgeschmiert, teils schwer leserliches Zeug, teils auch nur Gekritzel.

Alles immer in grässlicher Hast mit dem Geschrei: „Ich muss fort; ich kann nicht so lange schreiben.“

Er hat dann aber auch wieder einen lebhaften Trieb, diese wilden Striche überall hinzuschmieren; er will herumliegende Akten, Zeitungen und auch die Wände immerwährend vollkritzeln. Einzelne Buchstaben kann er durchaus nicht schreiben, sondern er schreibt immer im zügellosen Legato kaum leserlich seinen Namen.

Für die Krankhaftigkeit aller dieser Defekte hat er nicht die mindeste Erkenntnis. Er sagt immer: „Ich kann alles schreiben, ich bin so gesund wie vor meinem Fall. Mir fehlt gar nichts."

Wenn er gar nichts schreiben kann als nur wilde Kritzeleien, so sagt er doch hartnäckig: „Ich kann alles schreiben." Gerade so wie der berühmte Riegersche Kranke, der vollkommen blinde M. J. W.[1]) immer hartnäckig behauptet hat: „Ich sehe alles."

Auch in Bezug auf das Sehen hat K. sehr starke Defekte und sehr merkwürdige Gegensätze.

Einerseits sieht er jedes feinste Fäserchen, klaubt anderen Personen alles weg, beobachtet Kleider und Schuhe mit grösster Aufmerksamkeit; andererseits: er kann in seinem Hirn nicht die einfachsten Bilder kombinieren. Wenn man ihm solche zeigt, z. B. das einer Trompete, so sagt er: „Das ist halt auch so ein Bild." Aber es ist nie möglich, ihn zu einer richtigen Antwort zu bringen. Bei komplizierten Bildern ist er dann erst recht völlig ohne Verständnis.

Er verwechselt auch fortwährend die Farben; im Garten sagte er beständig von Veilchen, die gerade in grosser Menge blühten: „Das sind grüne Blumen." Besonders Grün und Blau verwechselt er beständig; er sagt aber auch bei den roten Bettdecken: Gelb. — Von seiner blauen Jacke behauptet er hartnäckig: „Die ist weiss." Er reisst auch im Garten immer Blumen ab, trägt sie umher. Kann aber das Veilchen durchaus nicht mit Namen nennen. Ich zeige ihm lebende Katzen. Er behauptet fest: „Das sind Kaninchen." Will durchaus nicht zugeben, dass es Katzen sind. Als eine aber miaute, schrie er stürmisch: „Herr Professor! Sie haben doch recht. Es sind doch Katzen. Ich habe sie schreien hören."

In Bezug auf lebende Tiere war er also mindestens ebenso blind wie eine andere Kranke der Klinik[2]), E. R.

Er schreit dabei immer: „Herr Professor! Ich kenne alles. Ich bin so gesund wie vor meinem Fall. Ich will keine Rente. Die Spitzbuben wollen mir eine Rente geben. Ich brauche aber keine." In Bezug auf seine Zustände ist K. gerade so wie M. J. W. (s. oben) war in Bezug auf seine völlige Blindheit.

---

[1]) S. Wolff: Über krankhafte Dissoziation der Vorstellungen. Habilitationsschrift Würzburg 1896 und Ebbinghaus, Zeitschr. f. Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane 1897, Bd. 15, Seite 43.

[2]) S. Reichardt: Arbeiten aus der Würzburger psychiatrischen Klinik. Heft 7, Seite 22 ff.

K. hat auch geradezu Grössenwahn. Er sagt:

„Ich habe viel Geld. Ich habe mehr Geld als die Berufsgenossenschaft. Ich fange mit meinem Geld eine eigene Mälzerei an bei meiner Schwester. Da mache ich alles."

Frage: „Wollen Sie die Mälzerei auf dem Dache einrichten?"

Antwort: „O sind Sie dumm! Sie sind aber wirklich dumm! Eine Mälzerei kann man doch nicht auf dem Dache einrichten. Die richte ich in dem Keller bei meiner Schwester ein. Ich habe das Geld für die Mälzerei."

In Bezug auf das Optische hat er die merkwürdigsten Gegensätze:

Einerseits: Er erkennt z. B. sofort alle Juden mit merkwürdiger Bestimmtheit. Im Examen war ein jüdischer Student. Sofort schrie er: „Herr Professor! Der Doktor ist ein Jud."

Er schreit, als enfant terrible höchsten Grades, alles sofort heraus, was ihm durch das Hirn schwirrt. Da er diese Diagnose wohl sicher nicht durch den Geruch gemacht hat und auch nicht auf sprachlichem, sondern auf rein optischem Wege, so ist dies also ein Beweis für die Raschheit und Sicherheit seiner optischen Auffassung in Bezug auf diese Diagnose.

Anderseits: Er ist nicht im Stande, die einfachste Figur richtig zu erkennen. Er verwechselt lebende Kaninchen und Katzen. Er erkennt keine Amsel im Garten. Und so in allem.

Er erkennt auch die Uhr nicht. Er verwechselt in der Regel rechts und links.

In der Sprache hat K. gleichfalls grosse Defekte. Er kann durchaus keine Reihen hersagen: Nicht das Vater unser. Nicht die Zahlenreihen.

Seine entsetzliche Hastigkeit zeigt sich auch im Sprechen. Er spricht nie, sondern er schreit hastig. Er findet sehr oft die Worte nur mit grosser Schwierigkeit. In diesem Punkt müsste er noch sehr genau untersucht werden. Sein Bedürfnis, dass er immer etwas in den Händen drehen muss, ist höchst merkwürdig. Er hat folgendes gesagt:

„Wenn ich keinen Stock habe, kriege ich arg Kopfweh. In Sch. haben sie mir einmal meine Windmühle genommen. Und da ist es mir ganz schlecht geworden. Ich kann nur sein, wenn ich immer etwas drehen kann. In die Kirche habe ich heute nicht gehen können, denn ich kann nicht heraus. In Sch. habe ich immer ein paar Mal aus der Kirche herausgehen können."

Er sagt bestimmt: „Sch. liegt nicht am Main, das liegt am Rhein und an der Donau." Er kann aus der Stadt Sch., in der er in Arbeit stand, durchaus nichts beschreiben; keinen Weg, kein Gebäude, keine Kirche.

Er will immer das Gas auf- und zudrehen.

Er trägt stundenlang Veilchen in der Hand. Ich frage: „Was ist das für eine Blume?" Er sagt: „Das sind grüne Blumen." Ich sage: „Das sind

doch blaue Veilchen.“ Er sagt sehr bestimmt: „Nein, das sind keine Veilchen.“ — K. hat auch deutlichen Verfolgungswahn und Halluzinationen. Eines Morgens schrie er mich in höchster Aufregung an: „Herr Professor! Heute Nacht haben sie mich aber garstig geplagt. Sie haben mir Instrumente in den Kopf gestochen und sind mir damit in das Hirn hineingefahren.“

Seine Intoleranz gegen Alkohol ist gross; er sagt: „Ich kann kein Bier mehr trinken; wenn ich Bier trinke, kriege ich einen ganz roten Kopf.“

Dass er trotz seiner Hirnkrankheit um 20% gemästet ist, ist sehr auffallend. Er trinkt auch immer sehr viel Wasser.

Er hat auch einen ganz merkwürdigen Grössenwahn. Er sagt:

„Ich baue jetzt im Keller meiner Schwester eine Mälzerei. Meine Schwester hat viel Geld und ich auch. Ich brauche nichts von der Berufsgenossenschaft, weil ich selber Geld habe. Die haben auch kein gescheites Geld.“ Seine stete Redensart ist überhaupt: Das ist nichts G'scheits. Ich habe einen ganzen Haufen Geld.

Zweiter Aufenthalt.

Im September 1910 kam K. für einige Stunden in die Klinik. Seine Hastigkeit war noch die gleiche. Er sagte, er habe einmal wieder kommen müssen, weil es der Professor gesagt habe. Er sei allein gefahren. Er habe das Geld nicht zählen können; aber er habe ein Geldstück hingehalten und darauf habe man ihm herausgegeben. Er drängte gleich wieder fort auf die Eisenbahn. Sagte, er habe keine Zeit. Er müsse wieder nach Sch. zurück. Zu irgendwelcher Untersuchung war keine Zeit.

Dritter Aufenthalt.

28. Oktober bis 10. November 1910.

K. ist wieder aus eigenem Antrieb in die Klinik gekommen. Er scheint dieses Mal länger bleiben zu wollen.

In Bezug auf die Zeit ist er in grösster Konfusion. Er war im ganzen bloss zwei Wochen in der Klinik. Er sagte schon am zweiten Tag: „Ich bin schon ein paar Monate hier.“

An seinen Sturz hat er gar keine Erinnerung. Er hat aber auch das Gedächtnis für alles nachher verloren.

„Herr Professor! Schreiben Sie auf: Karl K. ist körperlich und geistlich ganz normal. Und dieses Zeugnis will ich einmal mitnehmen, damit ich es mehreren Leuten zeigen kann, damit sie es auch wissen.“

Frage: Was ist dies (Zigarre)?

„Ich weiss es schon. Das ist eine —

Wie sagt man denn dazu: Da muss ich einmal eine Schwester fragen. Dann weiss ich's. Sie dürfen mich nicht soviel ausfragen, weil ich immer so genau aufpassen muss. Und das strengt mich ein wenig an. Deswegen bin ich aber doch normal.“

Frage: Wie könnte man denn das heissen, was man raucht?

Endlich sagt er: „Tabak".

Das ist eine? —

„Ich weiss es schon, es liegt mir auf der Zunge und ich kann es nicht raussagen. Ich weiss es schon."

Er kommt aber nicht auf das Wort: Zigarre.

Am 31. Oktober 1910 wurde er gefragt: Was ist morgen für ein Feiertag?

„Morgen ist keiner."

Was ist für eine Jahreszeit?

„Sommer."

Sehen im Sommer die Bäume so aus?

„Jawohl."

In den Farben verwechselt er grün und blau beständig.

In Bezug auf die Findung der Worte hat er auch grosse Abnormitäten. Er findet die Worte immer nur langsam.

Prüfung am 7. November 1910.

„Jetzt ist es noch ganz Sommer."

Sehen die Bäume im Sommer so aus?

„Ja, so sehen sie aus."

Wie heissen die Monate?

„Januar, Mai, Oktober."

Es ist undenkbar, dass er von Haus aus so idiotisch gewesen wäre, dass er die Reihe der Monatsnamen nicht hätte hersagen können. Warum kann er dies nicht hersagen? Und warum kann er nicht einmal das Vaterunser hersagen?

Das Auffallendste ist immer dieses:

Er kann durchaus nicht ruhig sitzen. Er muss immer vom Stuhl aufstehen. Er muss fortwährend Gegenstände anpacken. Er kann nie leere Hände haben; zum mindesten muss er eine Gerte in der Hand haben. Er reisst im Garten immer alles ab. Er will immer einen Bleistift haben. Diesen steckt er auf das Ohr. Er dreht an allen Apparaten herum. — Dann legt er alles gleich wieder hin, in der Regel mit den Worten: „Das ist nichts G'scheits."

Wenn er nicht eine Gerte, was er seine Windmühle heisst, in den Fingern drehen kann, dann fühlt er sich sehr unwohl. Die enorme Unruhe von K. muss parallelisiert werden mit folgender Stelle über die Schlafkrankheit: ‚Das erste Symptom ist eine seltsame Unruhe des Kranken, ein stetes Bedürfnis, sich zu bewegen. Er verändert seine Lebensregeln, er will wandern, oder reisen, verlässt gewöhnlich sein Heim und auch sein Charakter wandelt sich."

11. November 1910.

Nach dem Eintritt am 28. Okt. 1910 war er zuerst etwas ruhiger in der Klinik. In den letzten Tagen drängte er aber wieder in alter Ungeduld

hinaus. Zuerst will er aber immer auch im Hörsaal vorgestellt sein, damit auch die Studenten sehen, dass er normal ist. Wenn man ihn fragt, warum er denn nicht noch einige Zeit ruhig in der Klinik bleiben wolle? sagt er: „Das ist jetzt meine Natur so. Ich kann nicht mehr bleiben. Schreiben Sie mir auf, wann ich wieder kommen soll; dann komme ich wieder."

Vierter Aufenthalt.
28.—30. Dezember 1910.

K. kam wieder allein auf Besuch. Es war ihm das letzte Mal aufgeschrieben worden, er solle erst am 6. Februar 1911 wiederkommen. Er sagt jetzt: „Der 6. Februar ist schon lang vorbei." Über den Weg in die Klinik berichtet er dieses:

„Herr Professor! Ich bin ganz normal. Wie ich aus dem Bahnhof heraus bin, habe ich gleich Ihre Villa gesehen. Dann bin ich gleich auf den Berg zu gegangen. Dann habe ich aber die Villa nicht mehr gesehen und deswegen habe ich lange Zeit gebraucht, bis ich in die Klinik gekommen bin." Sein Zug war um 9 Uhr auf dem Bahnhof gewesen und er ist erst gegen 11 Uhr in der Klinik angekommen.

„Wie ich aber die Villa wieder gesehen habe, dann habe ich auch gleich den Weg wiedergefunden."

Für den gegenwärtigen optischen Eindruck hat er also ein ganz gutes Gedächtnis gehabt, das heisst: Als er das Haus sah, hat er es sofort richtig erkannt und danach den Weg auch richtig gefunden.

Aber es fehlte ihm im Hirn die Richtung. Ohne den gegenwärtigen optischen Eindruck konnte er nicht in der Richtung des Hauses gehen.

Fünfter Aufenthalt.
7.—19. Februar 1911.

K. kam um 1/24 Uhr nachmittags in die Klinik. Er war auf dem Bahnhof angekommen um 1 Uhr 16 Minuten, am hellen Mittag, an einem schönen Tag. Trotzdem hat er die Klinik nicht gefunden. In der Zwischenzeit war er, nach seiner bestimmten Angabe, schon einmal auf dem Bahnhof in Würzburg gewesen. Er wollte nicht fragen, wo die Klinik ist, und er ist deshalb wieder nach Sch. zurückgefahren.

Heute hat er zufällig den Wärter R. in der Kaiserstrasse gesehen; diesen Wärter hat er erkannt. Und dieser hat ihm dann den Weg in die Klinik gewiesen und K. hat auch auf diesen Hinweis die Klinik gefunden. Als er den Wärter gegenwärtig sah, hat er ihn also auch erkannt. Den Weg zur Klinik konnte er aber nicht finden und sich nicht vorstellen.

Er hat dieses Mal eine Photographie mitgebracht aus dem Jahr 1907, als er in Hamburg war, 19 Jahre alt. Wegen der Fazialislähmung rechts

wurde er dieses Mal auch in der Klinik photographiert. Das Bild ist sehr gut. Er hat auf Aufforderung sehr gut gelacht.

Dass er hemianopisch für rechts ist, kann man auch dieses Mal sehr deutlich feststellen. Wenn etwas von links kommt, bemerkt er es sofort; wenn es von rechts kommt, schreit er: „Schnell!" „Schnell!"

Die Ärzte der Klinik heissen: Dessloch und Fegter. Den einen heisst er Dettelbach, den anderen Streiter. Es ist sehr bemerkenswert, dass er aus „Fegter" (Fechter!) das sinnverwandte „Streiter" macht und aus dem Personennamen „Dessloch" den Ortsnamen „Dettelbach."

Die Uhr kennt er durchaus nicht. Er kann durchaus nicht lesen. Er sagt: „Ich kann alles lesen, ich kann alle die Bücher auslesen. Ich bin doch nicht dumm." In Wirklichkeit aber kann er gar nicht lesen.

Wie heissen die Kinder Ihrer Schwester? „Das weiss ich nicht so genau. Da habe ich nicht weiter darnach gefragt."

Sechster Aufenthalt.
7.—19. April 1911.

Auch dieses Mal ist er furchtbar hastig. Man wollte versuchen, ob er nicht zu gewöhnen wäre an eine ruhige Arbeit im Garten.

Aber er kann niemals über und bei einer Arbeit bleiben. Und nach 12 Tagen liess er sich nicht mehr halten. Auch sonst machte er während dieser 12 Tage einen ganz besonders dummen und unbrauchbaren Eindruck.

Siebenter Aufenthalt.
10.—15. Juli 1911.

Seit 19. April 1911 hatte man nichts mehr von K. gehört; also fast drei Monate lang. Inzwischen hatte sich aber Merkwürdiges ereignet:

Er ist plötzlich viel ruhiger geworden. Seine Schwester kommt jetzt in die Klinik und berichtet: Vor einigen Tagen sei er auffallend verändert gewesen. Er sei ruhig geworden, sei nicht mehr so hastig herumgerannt. Und gleichzeitig damit habe er auch wieder lesen und schreiben können. Auch in der Klinik ist er jetzt ruhig. Aber an einer Arbeit kann er immer noch nicht bleiben. Wenn man ihn im Garten mit ganz leichter Arbeit beschäftigen will, so läuft er immer nach kurzer Zeit weg und sagt: „Das kann ich nicht aushalten." Er hat jetzt geschrieben. Weil seine Schulzeugnisse gering sind, so ist es wohl möglich, dass er vor dem 8. September 1909 auch nicht besser geschrieben hätte:

„Würburg den 10 Juli 1911

Ich bin dem Jarhgang 1909 ferunglüt und wahr über ein Jahr krang. Die leste Zeit habe ich mehr Ruhe ud konnte auch Lesen ud schreiben

ud ich klaube das ich blald meinem Beruf als Brauer oder Metzger wieder nach konmen kann

Würburg d. 10 Juli 1011.

Karl K.

Ich bin in den Lesten Tage kannst klar geworden."

20. Juli 1911.

„Ich Karl K. bin heute den 20 Juli wieder in der Klinig gekommen und von Herrn Profesor zu untersungen lassen. Wenn es möchlich ist werde ich 14 Tage in Garten Arbeiten."

Achter Aufenthalt.

20.—24. Juli 1911.

Am 15. Juli 1911 war er fortgegangen, weil er sagte, er könne es in der Klinik nicht mehr aushalten. Am 20. Juli 1911 kam er wieder und versprach dieses Mal, er wolle wenigstens 14 Tage in der Klinik bleiben, damit man sehen könne, dass er wieder normal sei.

Am 20. Juli 1911 hatte er versprochen, er wolle 14 Tage in der Klinik bleiben. Aber schon nach 4 Tagen schrieb er dieses:

„Würburg 1 24 Juli 1911

An das Ganze Personall in Kinig. Da der Herr Proffesor von einen Tag zum anderen Tag ferschieben dut bin ich geßwungen ohne eine ferabschietung zu machen. Den ich fülle mich so Unklüchlich und gezwungen heute nach Sch. u. dor eine beschäftigung zu sungen.

Es Grüsst Karl K."

und lief aus der Klinik weg.

Der Fall ist nun dadurch sehr kompliziert geworden, dass der hilflose K. K. „geheiratet wird". Seine Schwester kam in die Klinik und sagte: Er habe eine Braut und demnächst Hochzeit. Sie hatte ihm die Braut anscheinend „geschmust". Aus welchem Motiv? kann vorläufig nicht festgestellt werden. Die Sache ist vorläufig ganz unklar. Denn die Schwester hatte seine ganze Vollrente von 789 Mk. zur freien Verwendung. Sie ist die Frau eines Stationsdieners X. und hat drei Kinder. Und man sollte glauben, mit der Vollrente von 789 Mk. hätte sie ihn so verpflegen können, dass auch noch für sie etwas erhebliches abgefallen wäre. Wenn dem so wäre, so könnte man kein Motiv dafür entdecken, dass sie ihren Bruder heiraten lässt, dessen Hilflosigkeit und Abnormität sie selbst am besten kennt. Es ist folgendes möglich:

Schon am 16. November 1910 hatte der Pfleger von K. K. dieses geschrieben: „K. macht grosse Ansprüche auf Kleider und Wäsche. Um diese annähernd zu befriedigen, muss die Schwester grosse Opfer bringen." Vielleicht hat also die Schwester doch kein besonders gutes Geschäft mit ihm ge-

macht. Und da er auch durch seine Hastigkeit grosse Unruhe ins Haus brachte, so ist es wohl möglich, dass der Schwager den K. K. los haben wollte. Und dann kann die Schwester sehr wohl auf den Gedanken verfallen sein, dass es das Sicherste wäre, wenn er „geheiratet würde." Und als K. K. nun im Juli 1911 wieder lesen und schreiben konnte und etwas ruhiger und vernünftiger wurde, da konnte die Schwester um so eher sagen: Er ist jetzt wieder gut und kann also auch „geheiratet werden." Und so ist er am 3. September 1911 in einer Kirche in B. kopuliert worden mit B. H. aus O. Und Schmuser haben ihm und seiner Frau eine Restauration bei B. angehängt mit 20 bis 30 Morgen Feld, einiges Vieh, — mit einer grossen Schuldenlast.

Die Berufsgenossenschaft scheint davon auch etwas erfahren zu haben und sie schickte ihn deshalb wieder in die Klinik herein.

Neunter Aufenthalt.

6.—9. September 1911. (3 Tage nach der Hochzeit.)

Dieser Aufenthalt in der Klinik wurde veranlasst durch die Berufsgenossenschaft, die den K. zur erneuten Begutachtung hereinschickte. K. ist auch erschienen, trotzdem er erst vor 3 Tagen geheiratet hatte oder — wie es (s. oben) zweckmässiger heissen könnte — „geheiratet worden war". Herr Prof. Reichardt hat nunmehr das folgende Gutachten abgegeben:

„Karl K. war aus Anlass der jetzigen Begutachtung in der Klinik vom 6.—9. September 1911. Vorübergehend war er ferner in der Klinik, seit der ersten Begutachtung vom 4. bis 17. April 1910 (Aktenbl. 51 ff.), am 2. September, 28. Oktober bis 11. November und 28. bis 30. Dezember 1910, vom 7. bis 19. Februar, 7. bis 19. April, 10. bis 15. Juli, 20. bis 24. Juli 1911.

Aus den Krankengeschichts-Aufzeichnungen seit April 1910 gebe ich, zur Vervollständigung des im 1. Gutachten der Klinik beschriebenen Krankheitsbildes und zur Schilderung des weiteren Krankheitsverlaufes, nachstehende kurze Notizen:

November 1910.

Befindet sich in grösster Konfusion bezüglich der zeitlichen Verhältnisse. Grosse Gedächtnisdefekte. Störungen der Identifikation und Wortfindung. Grosse motorische Unruhe. Völlige Einsichtslosigkeit seinen starken Intelligenzdefekten gegenüber.

Februar 1911.

Ganz der gleiche Zustand. Auch starke Defekte in der räumlichen Orientierung. Die neurologischen Symptome waren dieselben, wie im April 1910. Die geringere Innervation der rechten Mund- und Wangenmuskulatur ist auf der Photographie dargestellt, welche auch sehr gut seine fast beständige maniakalisch heitere Stimmung und kindische Fröhlichkeit und Mienenspiel zum

Ausdruck bringt. Auch zu dieser Zeit konnte er noch nicht lesen und schreiben, er kannte die Uhr nicht usw.

Während das Krankheitsbild bis 1. April 1911, d. h. also 12 Monate lang nach der ersten klinischen Beobachtung und rund 18 Monate nach dem Unfalle im wesentlichen stationär gewesen war, ergab sich im Juli 1911, 22 Monate nach dem Unfalle, dass K. wieder lesen und schreiben konnte. Sein sonstiger geistiger Zustand wechselte damals insofern sehr, als K. manchmal etwas vernünftiger, sowie sein kindisches Gebahren und vor allem auch die sinnlose, motorische Unruhe verschwunden oder doch wenigstens gemildert schien, während an anderen Tagen des Juli 1911 der geistige Zustand sich in nichts von dem bis April 1911 beobachteten unterschied.

Immerhin wird man sagen können, dass seit Februar oder April 1911 eine rasche oder mehr allmähliche Wendung zum Besseren in dem Zustand des K. eingetreten ist. Diese Besserung hat bis jetzt offenbar angehalten.

Der gegenwärtige Zustand des K.

K. wiegt jetzt 69 kg, ist also ähnlich wohl genährt wie früher.

Im Vergleich zu dem Untersuchungsresultat vom April 1910 finden sich nunmehr folgende wesentliche Änderungen:

Eine echte Halbseitenblindheit auf beiden Augen lässt sich jetzt nicht mehr feststellen. Während früher die Gesichtsfeldprüfung bei K. infolge seiner krankhaften Lebhaftigkeit die grössten Schwierigkeiten darbot, ist K. bei der Augenuntersuchung jetzt hinreichend ruhig gewesen, so dass man sagen kann: am linken Auge ist das Gesichtsfeld normal, während es rechts stark eingeengt ist. Auch ist die Sehschärfe auf dem rechten Auge auf $^1/_2$ des Normalen (oder noch etwas stärker) herabgesetzt. Ferner fehlt auf dem rechten Auge bei feineren Prüfungen die Wahrnehmung für Blau und Gelb, während Rot und Grün erkannt wird. Der Augenhintergrund ist hierbei vollkommen normal. Nach Herrn Professor Wessely (Universitäts-Augenklinik) handelt es sich trotzdem mit ganz überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine traumatische Schädigung des Sehnerven selbst, und nicht etwa um einen angeborenen Zustand des Auges. Immerhin lässt sich nicht ganz von der Hand weisen, dass auch eine traumatische Hirnzerstörung die Ursache des rätselhaften und seltenen Augenbefundes sein kann. — Das linke Auge bietet in jeder Hinsicht normalen Befund.

Die geringere Innervation der rechten Gesichts- und Wangenmuskulatur ist jetzt weniger ausgeprägt. Beim willkürlichen Innervieren scheint ein Unterschied zwischen rechts und links überhaupt nicht mehr zu bestehen. Nur beim unwillkürlichen Lächeln ist er noch deutlich. Mit der linken Gesichtshälfte grimassierte K. stark.

Eine Schwäche des linken Armes scheint noch zu bestehen. Reflexunterschiede, auch an den Bauchhautreflexen sind aber nicht mehr nachweisbar.

Die Störungen der Wortfindung waren noch angedeutet vorhanden. Die geläufigen Reihen konnten meist gut hergesagt werden.

Die räumliche und zeitliche Orientierung war wieder ziemlich in Ordnung. Die Zeit auf der Uhr kann er wieder ablesen. Er vermochte verschiedentlich kleine Rechenaufgaben zu lösen. In dieser Beziehung ist aber auch zu berücksichtigen, dass K. gerade im Rechnen angeboren nur sehr schwach begabt ist.

Die Fähigkeit, Gegenstände, und vor allem auch grosse bunte figurenreiche oder landschaftliche Bilder zu erkennen, ist ebenfalls in bedeutendem Masse wieder zurückgekehrt. K. liesst jetzt ziemlich fliessend. Auch kann er wieder schreiben. Der Trieb, die Schuhbekleidung seiner Umgebung zu betrachten und zu kritisieren, ist anscheinend verschwunden. Die motorische Unruhe, Lebhaftigkeit und Hast hat sich etwas gebessert.

Die Krankheitseinsicht fehlt aber auch jetzt noch völlig für Vergangenheit und Gegenwart. K. hält sich auch jetzt noch für völlig gesund und weiss nichts von dem, nunmehr teilweise vergangenen, schweren Krankheitszustande. Er weiss nichts davon, dass er nicht hat schreiben können und dass er keine Bilder und Gegenstände, nicht die Uhr oder Geldmünzen usw. erkannt hat. Er verzichtet auch jetzt auf jede Rente:

„Die anderen haben gesagt, ich hätte eine Geistesstörung gehabt. Die Rente sollen sie behalten. Ich bin gesund."

In vieler Beziehung macht er noch den Eindruck eines Schwachsinnigen. Sein Denkprozess ist vielfach noch sehr verlangsamt. Auch tritt die krankhafte Hastigkeit und Unruhe manchmal noch stärker hervor.

K. konnte in der Klinik zu einfachen Botengängen und Besorgungen verwendet werden. Sein Gedächtnis erwies sich hier ebenfalls besser als früher.

Das Gutachten.

Die Hirnkrankheit des K. gehört grösstenteils zu einer Gruppe von Geistesstörungen, wie sie in neuerer Zeit öfters literarisch beschrieben wurden, z. B. auch von mir selbst: „Über akute Geistesstörungen nach Hirnerschütterung". Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 61, 1904. Die Krankheitssymptome bei dieser Störung kommen vor allem auch dadurch zustande, dass grosse Teile des Scheitel- und Hinterhauptshirnes durch die Hirnerschütterung geschädigt worden sind. Während aber die Mehrzahl dieser Geistesstörungen nach Hirnerschütterung schon nach Stunden, Tagen und längstens einigen Wochen mehr oder weniger völlig abheilt, liegt das Eigenartige der Krankheit des K. u. a. in der ungewöhnlich langen Dauer der Geistesstörung. Doch ist auch bei K. jetzt eine wesentliche Besserung in einigen wichtigen Gehirnfunktionen (namentlich, Gedächtnis, Sprache, zeitliche und räumliche Orientierung, Erkennen von Gegenständen usw.) eingetreten.

K. befindet sich aber jetzt anscheinend noch im Übergangsstadium zwischen Höhe der Krankheit und relativer Genesung, soweit dieselbe im Laufe der Zeit bei dem Gehirnzustande des K. überhaupt möglich ist. Ein stationärer Zustand der relativen Heilung scheint zur Zeit noch nicht eingetreten zu sein. Es ist also noch eine langsame und allmählige weitere Besserung möglich, wenn es auch als zur Zeit überwiegend wahrscheinlich bezeichnet werden muss, dass eine eventuelle Heilung bei K : nur eine Heilung mit Defekt sein wird und keine restlose vollständige Rückkehr zur geistigen und Gehirngesundheit.

Was nun die Frage der Arbeitsfähigkeit betrifft, so ist zu sagen: dass K. bis auf weiteres noch einer gewissen Aufsicht und Direktion durch eine andere Person bedarf. Trotzdem schon jetzt wesentliche Bestandteile seines Geisteslebens sich gebessert haben (s. oben), ist K. doch noch vorläufig als ein mässig, aber zweifellos krankhaft schwachsinniger Mensch zu bezeichnen, dem die nötige Beurteilungsfähigkeit seiner eigenen Lage und grossenteils auch die Fähigkeit, in geschäftlichen Dingen selbständig und vernunftgemäss mit eigener Initiative zu seinem Vorteile zu denken und zu handeln, noch abgeht. — K. ist sehr willig und folgsam, nicht eigensinnig und widerspenstig. Er ist vielleicht sogar in krankhafter Weise lenksam und willensschwach. Er tut gewissenhaft, was man ihm sagt. Und er ist so auch ein brauchbarer Arbeiter, zumal er körperlich blühend ist und irgendwelche stärkere Lähmungen auf körperlichem Gebiete fehlen. Unter der Voraussetzung, dass ihn eine andere Person dirigiert, ist K. jetzt zu etwa 30 % arbeitsfähig. Aber diese Voraussetzung ist notwendig, wenn gegenwärtig schon von einer wirklichen, wenn auch nur teilweisen Erwerbsfähigkeit die Rede sein soll. Ob indes unter diesen Umständen die Bedingungen für Herabsetzung der Rente auf etwa 70 % schon jetzt gegeben sind, dies ist eine rein juristische Frage.

Eine erneute Begutachtung wird — wenn nicht besondere Gründe schon früher für eine solche sprechen — erst nach Jahresfrist wieder zu veranlassen sein. Dann ist der Eintritt eines gewissen stationären Zustandes in der Geistestätigkeit des K. zu erwarten. Und auf Grund einer alsdann vorzunehmenden — vielleicht längeren — klinischen Beobachtung wird sich der Gutachter auch bestimmter für Frage der Erwerbsfähigkeit des K. äussern können, als dies jetzt möglich ist.“ (Schluss des zweiten Gutachtens des Herrn Professor Reichardt vom September 1911.)

K. hat jetzt (September 1911) dieses geschrieben:

„Würzburg den 7 Setper 1911. Ich ware am 21 Juli in der Kinig bei dem Herrn Profesor Richer und habe nicht lange auf gehalten. Wei ich gedagt habe ich möchte mich in einer Metzgerei beschäftigen, und der Zeit war 24 Juli bis den 1 Setpber ist mir eine Wirschaft mit Ökennomie

in die Hände zu kaufen gefahlen ich musste sobald wie möchlich heiraden was ich auch getan habe. Ich und meine Trau und mein Bruder das mit einem Dinmädischen führen das Geschäft weider. Under dieser Zeit von 24. Juli bis 1 Setpter wahr ich bei der Brauerei Beruffgenossenschaft Nürberg habe den Andrag gestelt das ich bei den Herr Profesor Untersugt währ weil ich nich krang bin und mein Geschaft nachkommen kann Ich bitte um baldige enlasung.

Hochachtingsvoll

Karl K.

Zehnter Aufenthalt in der Klinik vom 8.—14. Januar 1913.

K., dessen Entmündigung früher aufgehoben war (siehe oben), ist inzwischen von neuem wieder entmündigt worden, nachdem es als ganz offenkundig festgestellt war, dass seine psychischen Abnormitäten wieder zugenommen hatten. Gleichzeitig hat auch der nunmehrige Vormund des K. bei der Berufsgenossenschaft einen Antrag auf Erhöhung der Rente gestellt und daraufhin wurde K. wieder in die Klinik einberufen. Es wurde nunmehr von Herrn Prof. Reichardt folgendes Gutachten über ihn abgegeben:

„K. war von neuem in der Unfallkranken-Abteilung der Klinik, und zwar vom 8. bis 14. Januar 1913. Diese etwas längere Beobachtungszeit erschien notwendig, um den K. auch unauffällig in seinem ganzen Gebahren, in seiner Anstelligkeit usw. und in seinen Defekten beobachten zu können.

K. wiegt jetzt bei 163 cm Körpergrösse, ohne wesentliche Kleidung 76 kg. Er ist jetzt um 25% schwerer, als er nach dem Durchschnittsgewicht für seine Körpergrösse normalerweise zu haben brauchte. Er ist jetzt aber noch um 7 kg schwerer geworden als bei der Begutachtung vom September 1911 Dem entspricht auch sein äusserer Eindruck. Speziell das Gesicht hat durch vermehrtes Unterhautfettgewebe ein gedunsenes und unschönes Aussehen erhalten. Diese Körpergewichtszunahme des K. ist, namentlich auch in Anbetracht seiner ständigen motorischen Unruhe und des Mangels jeden grösseren Phlegmas bei ihm bemerkenswert. Sie ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als ein prognostisch (bezüglich Wiederherstellung seines normalen Geisteszustandes) ungünstiges Symptom und als Folge der Hirnkrankheit anzusehen und mit in dem Sinne zu verwerten, dass eine Schwachsinnszunahme eingetreten ist. Diese ist auch sonst nach dem ganzen Gebahren des K. unverkennbar.

Seine Sprache ist weniger fliessend als früher. Die Wortfindung macht ihm mehr Mühe.

Seine Gedächtnisdefekte sind ganz enorm, ebensowohl auf sprachlichem, wie auf zeitlichem Gebiete und auf dem Gebiete der Zahlen. Hier nur wenige Beispiele:

Was ist heute für ein Tag? „Da muss ich die Schwestern fragen."

Was für ein Wochentag? „Die Schwestern haben gesagt, morgen ist Sonntag."

Was für ein Monat? „Februar."

Wie heissen die Monate? „Es gibt einen Mai, Juni und März."

Er ist auch nach wiederholtem Vorsagen derselben nicht imstande, die Monatsnamen richtig herzusagen.

Also welchen Monat haben wir? „Ich bekümmere mich nicht darum."

Häufig vermochte er den Mädchennamen seiner Frau, den Namen seines Vormundes, seines letzten Arbeitgebers usw. nicht anzugeben, ebensowenig deren Wohnung und seine eigene frühere Wohnung. Ob er das Schriftstück in den Akten vom 13. September 1911 selbst geschrieben hat, kann er nicht sicher angeben. Zeitlich ist er auch insofern meist in der grössten Konfusion, als er niemals sagen kann: Wann er jetzt in die Klinik eingetreten ist, ob er erst einige Tage oder schon wochenlang hier ist?

Das Lesen geschieht unter starken Fehlern und Wortverstümmelungen (Paraphasie). Die Fähigkeit zu schreiben hat offenbar wieder abgenommen, Das Geschriebene ist kritzelig und orthographisch falsch. Das Schreiben bereitet ihm offenbar Anstrengung. Rechnen konnte er auch die einfachsten Exempel (3 mal 2; 3 und 3 usw.) nicht mehr.

Einzelne Gegenstände kannte er nur manchmal. Zusammengesetzten Bildern gegenüber war er quasi blind. Das Bild einer Küche wird als „Kinder, die spielen" bezeichnet. Eine Kirche als „Hörsaal", Rehe im Walde als „Ziegen".

Es ist bei ihm also vor allem eine Verschlechterung des Gedächtnisses für frühere und frische Eindrücke, speziell für Zeit und Zahlen aufgetreten. Er ist ferner sprachlich und optisch-räumlich, gegen früher, schlechter geworden. Und er ist auch im ganzen jetzt zweifellos schwachsinniger als früher („versimpelt"). Die starke motorische Unruhe ist dieselbe wie früher. Seinen Defekten gegenüber besteht völlige Einsichtslosigkeit. „Ich bin gesund, schreiben Sie mir ein Zeugnis."

Die Schwäche der rechtsseitigen Gesichtsinnervation hat sich nicht geändert, ebenso der Befund an den Augen. Im übrigen ist der neurologische Befund, speziell bezüglich der Haut- und Sehnenreflexe an Rumpf, Armen und Beinen, ein normaler. Spastische Symptome, Halbseitenerscheinungen fehlen hier völlig. Auch an den Augenmuskeln und im Augenhintergrund ist alles normal.

Eine Verschlimmerung gegenüber dem letzten Befund ist jetzt zweifellos eingetreten. K. ist als völlig erwerbsunfähig zu erachten, infolge starker geistiger Defekte, die ihn als geistesgestört und zu jeder mit Erwerb einhergehenden Arbeit untauglich erscheinen lassen. Eine Hilflosigkeit im gesetzlichen Sinne liegt jedoch zur Zeit nicht vor.

Über den weiteren Verlauf der Krankheit lässt sich nichts Sicheres aussagen. Ein dauernd geistiger Defekt ist überwiegend wahrscheinlich." (Schluss des Gutachtens des Herrn Prof. Reichardt vom Januar 1913.)

Wie ein Überblick über diese Krankengeschichte lehrt, handelt es sich hier um einen ausserordentlich komplizierten Fall, dessen eingehende Analyse folgendermassen vorgenommen werden soll. Ich schliesse mich hierbei im nachstehenden eng an Ausführungen an, wie sie Herr Prof. Reichardt bei den Demonstrationen des Kranken in seinen Vorlesungen über Unfallkunde vorgetragen hat.

1. Ätiologie.

Zunächst ist die Frage zu erörtern: Handelt es sich um eine traumatische Psychose? Diese Frage wird man im bejahenden Sinne zu beantworten haben; denn

1. haben die möglichst eingehenden anamnestischen Erhebungen nicht das geringste in dem Sinne beibringen können, dass K. bis zum Tage des Unfalls in irgendeiner Weise psychisch abnorm gewesen wäre,

2. hat eine zweifellos erhebliche Hirnerschütterung stattgefunden. Und

3. hat sich die Psychose im unmittelbaren Anschluss an das Unfallsereignis angeschlossen.

Auffallend bleibt lediglich das Eine, dass der verursachende Sturz von der Treppe anscheinend doch ein zum mindesten nicht besonders schwerer gewesen sein kann. Aber es ist hierbei auch zu berücksichtigen, dass derartige Inkongruenzen zwischen der anscheinend objektiven Intensität des Traumas und den gesundheitschädigenden Folgen öfters zu beobachten sind. Es ist z. B. auch möglich, dass K. sich in schnellem Laufe befand, als er die Treppe herunterstürzte und dass hierdurch allerdings die Wucht des fallenden Körpers erheblich vermehrt worden wäre. Alles in allem wird man zu dem Schluss kommen, dass im Wesentlichen als sicher gestellt betrachtet werden darf, dass hier ein traumatisch entstandener, abnormer Hirnzustand vorliegt.

2. Symptomatologie.

Wenn ein einmaliges Trauma eine schwere und langdauernde Psychose bewirkt, so handelt es sich selbstverständlich um traumatische Dauerschädigung im Gehirn, und man darf vermuten, dass diese dann in der Regel so ausgedehnt ist, dass es auch zu charakteristischen neurologischen Symptomen kommt. Freilich wird man solche neurologischen Symptome nicht als unbedingt erforderlich anzusehen haben. Ihr Fehlen würde keineswegs gegen eine schwere und ausgedehnte Hirnzertrümmerung zu sprechen brauchen. Aber bei K. sind neurologische Symptome da, welche für die Deutung des Falles nicht ohne Einfluss waren.

Diese Symptome waren:

a) Hemianopsie für rechts,

b) Fazialisparese rechts, und zwar bei unwillkürlichen affektiven Muskelinnervationen des Orbicularis oris (Lachen),

c) Schwäche des rechten Armes,

d) leichte Reflexstörung des rechtsseitigen Bauch- und Kremasterreflexes.

Als das bei weitem wichtigste Symptom für die Lokaldiagnose erscheint die Hemianopsie. Doch müssen Bedenken erhoben werden, ob es sich von Anfang an um eine echte Hemianopsie gehandelt hat; denn es ist klar, dass bei einer starken konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkung des rechten Auges eine Hemianopsie sehr leicht dadurch vorgetäuscht werden kann, dass ein Teil der rechten Gesichtsfeldhälfte vom linken Auge durch die Nase eingeengt wird. Wenn also bei einem Patienten, wie bei K., in der ersten Krankheitszeit das Gesichtsfeld nur im Groben geprüft werden konnte, so ist es natürlich auch gegenwärtig nicht möglich, zu entscheiden, ob seinerzeit wirklich eine echte Hemianopsie vorlag oder nicht. Im September 1911 bestand zweifellos keine echte Hemianopsie mehr. Aber das, was nunmehr seitens des Ophthalmologen konstatiert werden konnte, war nicht minder merkwürdig und in seiner Besonderheit nur schwer analysierbar.

Seitens des Ophthalmologen wurden die nunmehr bestehenden okularen Symptome des rechten Auges (starke konzentrische Ge-

sichtsfeldeinschränkung und Blaugelbblindheit) aufgefasst als eine schwere, zwar ophthalmoskopisch nicht sichtbare, aber eben doch organisch-traumatische periphere Sehnervenerkrankung. Hiermit würde also dieses Symptom für das Zentralnervensystem ausschalten, — vielleicht nicht ganz mit Recht. Wie Herr Prof. Rieger gelegentlich einmal mitgeteilt hat, ist eine derartige, sei es einseitige, sei es doppelseitige Sehstörung auch bei anderen Kranken mit schweren traumatischen Hirnzerstörungen und ähnlichem psychischem Symptomenkomplex zu beobachten gewesen („einseitige zerebrale kontralaterale Amblyopie oder Amaurose"). Und wenn ich nun auf das Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden von Sahli (5. Auflage 1909 Seite 1153) verweise, so findet sich hier ein Schema des Sehnervenfaserverlaufes von Grasset angegeben, wonach die Optikusfasern, welche sich kreuzen, eine doppelte Kreuzung durchmachen, sodass an bestimmten Hirnstellen auch die Optikusfasern des gleichen Auges zusammen verlaufen, sodass aus derartigen anatomischen Gründen statt der zu erwartenden Hemianopsie eine einseitige, wenn auch kontralaterale Blindheit oder Amblyopie entsteht. Derartige Fälle scheinen nicht allzu selten vorzukommen; und auch die von Prof. Reichardt veröffentlichte Krankenbeobachtung der B. A.[1]) gehört möglicherweise hierher.

Die übrigen neurologischen Symptome sind zwar nicht sehr ausgesprochen, aber doch hinreichend in dem Sinne deutlich, dass eine Erkrankung vor allem auch der linken Grosshirnhemisphäre anzunehmen ist. Über die nähere Krankheitslokalisation lässt sich allerdings aus diesen neurologischen Symptomen nichts Sicheres schliessen, während die gleich zu bezeichnenden psychischen Symptome eine Mitbeteiligung des Parieto-Okzipitalhirnes ein- oder doppelseitig wahrscheinlich machen.

Die psychischen Symptome.

Die hauptsächlichsten psychischen Symptome sind:

[1]) Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. 25. 425.

1. Ausserordentliche Gedächtnisschwäche für frühere Erlebnisse und frische Eindrücke,

2. Störung der zeitlichen Orientierung sowie des Raumsinnes,

3. Verlust des Zahlensinnes,

4. Verlust optischer Erinnerungen, sowie optisch-räumlicher und räumlich-motorischer Funktionen,

5. Verlust des Schreibens bei besser erhaltenem Lesen,

6. Störung in der Wortfindung,

7. Vollkommene Einsichtslosigkeit den Defekten gegenüber,

8. Starke motorische Unruhe,

9. Zeitweise maniakalische Euphorie mit einzelnen Überschätzungsideen, dann aber auch

10. Vereinzelte Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen, und endlich

11. Ein langsam allmählich zunehmender Schwachsinn, insofern als K. in vieler Beziehung Energie, Willenskraft und geistige Direktion vollkommen verloren hat und auf die geistige Stufe eines etwa 10jährigen Kindes gesunken ist.

Ganz besonders hervorzuheben ist noch zweierlei:

α) Der starke Kontrast zwischen den schweren Störungen der Identifikation und des optischen Gedächtnisses einerseits und einer in vieler Beziehung ausserordentlich entwickelten optischen Merkfähigkeit andererseits. Während er z. B. einerseits eine grosse Menge auch einfacher Gegenstände (Blumen, Tiere) nicht identifizieren konnte, war es in höchstem Masse staunenswert, wie er andererseits Physiognomien sofort wieder erkannte und auch solche, die er zum erstenmal sah, klassifizierte.

β) Die andere Merkwürdigkeit ist die, welche in den ersten $1^3/_4$ Jahren seiner Krankheit beobachtet wurde und kurz als optische Schuhmonomanie bezeichnet werden kann. Es war ebenso erstaunlich wie lächerlich, dass dieser Patient bei allen Menschen, welche er zu Gesicht bekam, zuerst auf die Stiefel sah und Kritik an dem Schuhwerk übte. Dies geschah mit einer derartigen maschinenmässigen Regelmässigkeit, dass es sich tatsächlich um ein höchst auffallendes Krankheitssymptom handelte.

Will man eine Erklärung hierfür versuchen, so könnte wohl die nachfolgende einen Anspruch auf eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich haben:

Möglicherweise ist der letzte vernünftige Gedanke des K. während seines Unfalles der Gedanke an seine Stiefel gewesen. Denn er hatte genagelte Stiefel an und ist wahrscheinlich infolge der glatten, runden Nägel an den Schuhsohlen ausgeglitten und gestürzt. Und dieser Gedanke an das Schuhwerk ist dann in dem unmittelbar darauf ausserordentlich schwer geschädigten Hirn haften geblieben; er ist gewissermassen in dem Gehirn erstarrt. Er konnte nicht wieder aus dem Gedankenkreis herausgebracht werden, weil das Gleichgewicht unter den einzelnen Hirnteilen zu sckwer gestört war. Und die gesamte seelische Verfassung, der Verlust der Kritik und des Gedächtnisses, sowie die maniakalische Exaltation hat dann zu jener auffallenden Monomanie geführt, welche sich übrigens später wieder ziemlich verloren hat.

Die Einsichtslosigkeit des Kranken seinen Defekten gegenüber hat auch zu einer Zeit bestanden, während welcher man von diffusem Schwachsinn noch nicht gut reden konnte. Der Kranke hielt sich für vollkommen gesund und — was namentlich in sozialer Beziehung wichtig ist — wollte keine Rente. Im Gegensatz zu den eigentlichen „traumatischen Neurosen", bei denen das Hirn traumatisch überhaupt nicht geschädigt wurde und welche gar nicht genug Rente bekommen können, findet man gerade bei den Kranken mit schweren echten traumatischen Psychosen gar nicht selten diese Einsichtslosigkeit in ihre Störungen (Reichardt), so dass sie auch, wenn ihr Zustand dauernd bestehen bleibt, nicht imstande sind, ihre Angelegenheiten zu besorgen.

3. Diagnose.

Die Diagnose ist, wie gesagt, zu stellen auf schwere traumatische Hirnschädigung und zwar wird man wohl nicht fehlgehen, wenn man annimmt, dass gerade das Parieto-Okzi-

pital-Hirn an irgend einer Stelle, vielleicht auch doppelseitig schwer geschädigt ist. Das ganze Krankheitsbild erinnert in ausgebildetstem Masse an den sogenannten Korsakowschen Symptomenkomplex, wie er ja gerade auch nach schweren Hirnerschütterungen relativ oft zu beobachten ist, — nur dass bei K. durch den Begriff des Korsakowschen Symptomenkomplexes die Gesamtheit der klinischen Erscheinungen bei weitem nicht restlos erschöpft wird. Häufig genug sind eben derartige traumatische Hirnkrankheiten keine typischen. Es ist dies ja auch insofern selbstverständlich, als nicht stets die gleichen Hirnstellen traumatisch geschädigt werden, wenn auch eine gewisse Praedilektion mancher Hirngegenden bei der traumatischen Erkrankung unverkennbar ist.

Endlich ist noch zu erörtern, ob nicht vielleicht das gesamte Krankheitsbild überhaupt in das Gebiet des Funktionellen oder Psychogenen zu verweisen ist? Diese Frage ist nicht überflüssig, nachdem man neuerdings versucht hat, die berühmten Fälle Prof. Riegers. — Voit und Seibold — mit echten traumatischen Hirnzerstörungen als ausschliesslich psychogen aufzufassen. Es ist aber wohl nicht nötig, in ernsthafter Weise näher hierauf einzugehen. Vielmehr muss als selbstverständlich bezeichnet werden, dass ebenso, wie die Kranken Voit und Seibold, so auch Karl K. an echten traumatischen Hirnzerstörungen mit echten organischen Ausfallserscheinungen gelitten hat und dass zwischen derartigen Erkrankungen und der Hysterie der gleiche Unterschied ist, wie zwischen Hysterie und progressiver Paralyse mit hysterischen Erscheinungen. Selbstverständlich können auch traumatisch Hirnverletzte (namentlich bei gut erhaltener Intelligenz) nebenher als Folge des Rentenentschädigungverfahrens auch echte psychogene Züge aufweisen; denn eine organische Hirnverletzung macht gegen Psychogenie keineswegs immun. Aber es wäre doch zum mindesten nicht angängig; wenn man, bei Anwesenheit derartiger psychogener Züge, schliesslich retrospektiv die gesamte Hirnerkrankung gleichfalls als psychogen auffassen wollte. Dann müsste man auch die Hirnerschütterungsbewusstlosigkeit

psychogen nennen und die Möbiussche Lehre annehmen, welche die Strangulationskrämpfe und die retrograde Amnesie nach Strangulation ebenfalls als hysterisch ansieht. Dies würde aber zu einer Verwässerung des Begriffes Hysterie führen, die in keiner Beziehung als vorteilhaft bezeichnet werden kann.

4. Verlauf.

Der Verlauf der Krankheit ist insofern eigenartig, als das 1. Krankheitsstadium mit $1^3/_4$ Jahre langer Dauer als sehr lange bezeichnet werden muss. Auffallend ist fernerhin die sehr rasch eintretende Remission, welche allerdings nicht von langer Dauer war. Gegenwärtig ist wieder eine Zunahme der psychischen Krankheitserscheinungen konstatierbar und zwar im Sinne eines allgemeinen Schwachsinnes, der nunmehr wahrscheinlich irreparabel sein wird und auch als Beweis für die Richtigkeit der Anschauung dienen kann, dass das Auftreten des Korsakowschen Symptomenkomplexes im allgemeinen quoad valetudinem keine besonders günstige Prognose gestattet.

5. Über die Häufigkeit der traumatischen Geistesstörung.

Die echten traumatischen Geistesstörungen sind — wie Herr Prof. Reichardt in seinen Vorlesungen wiederholt betont hat — ausserordentlich selten. Unter Hunderten von Kopfverletzungen, auch mit organischen Hirnschädigungen, findet sich nur hie und da ein Kranker mit traumatischer Geistesstörung, während — abgesehen von den zu begutachtenden Unfallkranken — in der Aufnahmestatistik der Würzburger psychiatrischen Klinik die traumatische — akute oder chronische — Psychose jahrelang überhaupt vermisst wird. Es ist dies auch theoretisch interessant. Denn die ganz übergrosse Mehrzahl der Psychosen im engeren Sinne bedarf durchaus andersartiger Entstehungsursachen, — entweder (von den akuten Infektionsdelirien usw. abgesehen) schwerer chronischer Körpervergiftungen (Alkohol, Lues), oder — das bei weitem häufigste — einer in der Anlage angeborenen anderen Hirnbeschaffenheit. Die traumatische Zerstörung

eines in der Anlage gesunden Hirnes vermag meist keine qualitativen Hirnveränderungen zu bewirken, welche eine Psychose zur Folge haben könnten. Die exogene traumatische Hirnzerstörung ist etwas dem Gehirn Artfremdes[1]). Und es bedarf schon — sofern nicht traumatische Epilepsie mit eventuellen epileptischen Psychosen vorliegt — sehr ausgedehnter oder ganz besonders lokalisierter Hirnzerstörungen, um eine psychische Anomalie — abgesehen von den einzelnen Herdsymptomen (Aphasie usw.) — hervorrufen zu können. Charakteristisch aber für die übergrosse Mehrzahl der wirklich traumatischen Psychose — und auch in unserem Falle nicht fehlend — sind **Gedächtnisdefekte** (Reichardt), sei es Ausfallserscheinungen früher erworbener Kenntnisse oder Störungen, bezw. Verlust der Merkfähigkeit, oder beides zusammen.

Die Tatsache, dass selbst ein schwer verletztes Gehirn so selten mit einer echten Psychose (welche auch dann fast nie den Symptomenkomplex einer reinen sogen. endogenen Psychose trägt) reagiert, ist naturgemäss auch äusserst wichtig für das Verständnis der sogenannten traumatischen Neurosen. Diese treten bekanntlich gerade bei organischen Hirnverletzungen fast niemals auf. Die Schwere der Verletzung steht im umgekehrten Verhältnis zu der behaupteten Arbeitsunfähigkeit. Hier handelt es sich lediglich um individuelle seelische Reaktionen auf dem Boden einer besonderen seelischen (bezw. zerebralen) Disposition, meist unter Mitwirkung des Entschädigungsverfahrens. Sehr häufig aber sind die sogenannten traumatischen Neurosen — und gerade die prognostisch ernsten und ungünstigen — gar keine „traumatischen" Neurosen, sondern endogene Neurosen, für welche lediglich (durch das Kausalitätsbedürfnis des Publikums und infolge ungenügender ärztlicher Beobachtung der seelischen Symptome des angeblich Verletzten während des Krankheitsbeginnes) fälschlicherweise ein harmloser Unfall als Ursache angenommen wurde (Reichardt). Die Erfahrungen der Invaliden-Versicherungs-

[1]) Näheres hierüber bei Reichardt, Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Heft 7. „Hirn und Körper." 1912. S. 93 und 391 ff.

Anstalten beweisen aber, dass die grosse Mehrzahl der wirklich schweren Neurosen endogene Neurosen sind, welche entstehen aus innerer Anlage und ohne äussere Einwirkungen oder seelische Anlässe.

6. Zur Pathogenese der psychischen Symptome bei der traumatischen Psychose.

Wir kommen hier zu einem ganz besonders schwierigen theoretischen Gebiet, welches aus naheliegenden Gründen in dieser Dissertation nur gestreift werden kann. Unter Hinweis auf einige Abhandlungen aus der Würzburger psychiatrischen Klinik [1]), und sodann namentlich auch auf die Riegerschen psychologischen Auseinandersetzungen [2]) sei folgendes bemerkt: Die genannten Abhandlungen haben es überwiegend wahrscheinlich gemacht, dass das Parietal- und laterale Okzipitalhirn beiderseits in engen Beziehungen steht zu allem, was mit den räumlichen Funktionen (im weitesten Sinne) beim Menschen in Zusammenhang steht. Die **räumlich-zeitliche Komponente** ist bei jeder zusammengesetzten Vorstellungs-, Verstandes- oder Willenstätigkeit mehr oder weniger — und zwar oft in ganz hervorragender und ausschlaggebender Weise — vertreten (Reichardt). Dies lehrt die Selbstbeobachtung. Beispiele liessen sich in grösster Menge beibringen. Hingewiesen sei z. B. auf die unwillkürlichen (und manchmal direkt spasshaften, weil anscheinend unmotivierten) Ausdruckbewegungen und Gesten bei dem Äussern räumlicher

---

[1]) Reichardt. Über akute Geistesstörungen nach Hirnerschütterung Lährs Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Band 61. 1904. 524. Ferner die unter Leitung Prof. Reichardts angefertigten Würzburger Dissertationen:

Neumann. Zur pathol. Anatomie und Symptomatologie der posttraumatischen Demenz. Würzburg 1906.

Kolb. Zur Symptomatologie der Parietallappen-Erkrankungen. 1907.

Dausend. Über Störungen im Sprachlichen und Räumlichen bei einem alten Manne. 1911.

Halle. Zur Symptomatologie des Delirium tremens alkoholikum. 1911.

Gerz. Über psychische Störungen bei Hirntumoren. 1912.

[2]) Über Apparate in dem Hirn. Jena. 1909.

Vorstellungen. Hingewiesen sei weiterhin auf jene höchst interessanten psychischen Vorgänge beim Wortfinden, speziell beim Suchen von Eigennamen. Hier ist es in der Regel die räumliche Komponente — und nicht die sprachliche —, welche schliesslich zur Wortfindung oder zur Identifikation führt (Reichardt). Der räumlich-sachliche Hirnapparat (Rieger) bildet eine wesentliche Stütze des sprachlichen Apparates, ja des gesamten Geisteslebens. In ihn haben wir auch einen grossen Teil der Gedächtnisleistungen überhaupt zu verlegen (Reichardt). Die oben zitierten Abhandlungen machen es aber überwiegend wahrscheinlich: Dass bei den traumatischen Hirnverletzungen mit starken psychischen Symptomen vor allem das Parieto-Okzipitalhirn geschädigt gewesen sein muss. Die grosse Summe der Ausfallserscheinungen auf dem Gebiete der Orientierung, des Gedächtnisses, des Zahlensinnes, der räumlichen Komponente beim Denken und bei motorischen Leistungen (räumliche Agraphie!) ist durch eine Erkrankung des Parietalhirnes und der lateralen und basalen Teile des Okzipitalhirnes erklärbar.

Herrn Professor Rieger spreche ich für die freundliche Überlassung der Krankenakten, Herrn Professor Reichardt für die liebenswürdige Unterstützung meinen verbindlichsten Dank aus.

Lebenslauf.

Ich Hans Gessner, bayerischer Staatsangehörigkeit, bin am 9. Januar 1884 zu Schraudenbach in Unterfranken als der Sohn des Stationsdieners Georg Gessner geboren.

Nach Besuch der Volksschule in Waigolshausen besuchte ich das Gymnasium zu Schweinfurt und erwarb mir im Juli 1905 das Reifezeugnis am neuen Gymnasium zu Würzburg. Die ärztliche Prüfung habe ich 19. Januar 1911 an der Universität zu Würzburg, wo ich während meiner ganzen Studienzeit verweilte, abgelegt.

Hierauf war ich als Medizinalpraktikant und später als Assistenzarzt am Bürgerhospital zu Stuttgart tätig.

Vorstehende Arbeit habe ich unter Leitung von Herrn Professor Dr. Reichardt verfasst.